

II ENCuentro
CIENTÍFICO VIRTUAL
DE LA SCCALP
Online 4 y 5 de noviembre



VOL. LXI ■ Nº 258 ■ 4/2021

Boletín de Pediatría



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Miembro de la Asociación Española de Pediatría



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

Miembro de la Asociación Española de Pediatría



Incluido en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

JUNTA DIRECTIVA DE LA
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

PRESIDENTE:	José Manuel Marugán de Miguelsanz
VICEPRESIDENTE ASTURIAS:	Gonzalo Solís Sánchez
VICEPRESIDENTE CANTABRIA:	María Jesús Cabero Pérez
SECRETARIA GENERAL:	Marianela Marcos Temprano
TESORERO:	Jesús María Andrés de Llano
PRESIDENTE DEL PATRONATO FESV:	Carlos Ochoa Sangrador
DIRECTOR DEL BOLETÍN:	Fernando Centeno Malfaz
DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB:	Hermenegildo González García
VOCALES:	
ATENCIÓN HOSPITALARIA:	Lorenzo Guerra Díez
ATENCIÓN PRIMARIA:	Gonzalo de la Fuente Echevarría
CIRUGÍA PEDIÁTRICA:	Alberto Sánchez Abuín
ASTURIAS:	Leticia Alcántara Canabal
ÁVILA:	José María Maíllo del Castillo
BURGOS:	Pedro Pablo Oyágüez Ugidos
CANTABRIA:	Montserrat Matilla Barba
LEÓN:	Ana Carro Serrano
PALENCIA:	José Elviro Fernández Alonso
SALAMANCA:	Beatriz Plata Izquierdo
SEGOVIA:	Leticia González Martín
VALLADOLID:	Ana María Vegas Álvarez
ZAMORA:	Cristina Soler Balda
RESIDENTES:	
ASTURIAS:	Clara González López
CANTABRIA:	Daniel Perez González
CASTILLA-LEÓN:	Margarita Castro Rey

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Servicio de Pediatría.
Hospital Universitario Río Hortega
C/ Dulzaina, 2
47012 Valladolid
Tel 983420400 (ext 85601; 85611; 85605)
e-mail: boletin@sccalp.org

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN DE PEDIATRÍA DE LA
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

DIRECTOR FUNDADOR:	Ernesto Sánchez Villares†
DIRECTOR:	Fernando Centeno Malfaz (Valladolid)
SUBDIRECTOR:	Antonio Hedrera Fernández (Oviedo)
CONSEJO DE REDACCIÓN:	
	Victor Álvarez Muñoz (Oviedo) – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Juan Arnáez Solís (Burgos) – <i>Neonatología</i>
	María Jesús Cabero Pérez (Santander) – <i>Neumología Pediátrica</i>
	Ramón Cancho Candela (Valladolid) – <i>Neuropediatría</i>
	Alfredo Cano Garcinuño (Valladolid) – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Ernesto Matías de Diego García (Santander) – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Carla Escribano García (Valladolid) – <i>Genética Clínica y Dismorfología</i>
	Hermenegildo González García (Valladolid) – <i>Hematología y Oncología Pediátricas</i>
	Lorenzo Guerra Díez (Santander) – <i>Urgencias pediátricas</i>
	María Soledad Jiménez Casso (Segovia) – <i>Cardiología Pediátrica</i>
	Santiago Lapeña López de Armentia (León) – <i>Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica</i>
	Venancio Martínez Suárez (Gijón) – <i>Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria</i>
	Gregorio de la Mata Franco (Burgos) – <i>Nefrología Pediátrica</i>
	Carlos Ochoa Sangrador (Zamora) – <i>Investigación y Pediatría Basada en la Evidencia</i>
	Elena Pérez Gutiérrez (Valladolid) – <i>Infectología Pediátrica</i>
	David Pérez Solís (Ávila) – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Pablo Prieto Matos (Salamanca) – <i>Endocrinología Pediátrica</i>
	Corsino Rey Galán (Oviedo) – <i>Cuidados Intensivos Pediátricos</i>
	Marta Sánchez Jacob (Valladolid) – <i>Bioética y Pediatría Social</i>
	Gonzalo Solís Sánchez (Oviedo) – <i>Neonatología</i>
	Ricardo Torres Peral (Salamanca) – <i>Gastroenterología y Nutrición Pediátrica</i>
	Roberto Velasco Zúñiga (Valladolid) – <i>Urgencias pediátricas</i>

EDICIÓN Y PUBLICIDAD

ERGON CREACIÓN, SA.
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
Tel. 91 636 29 30. Fax 91 636 29 31
e-mail: estudio@ergon.es <http://www.ergon.es>

Soporte Válido. Ref. SVR nº 23
ISSN (versión electrónica): 2340-5384
ISSN (versión impresa): 0214-2597



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

XVII Premio JOSÉ DÍEZ RUMAYOR del BOLETÍN DE PEDIATRÍA

Publicación Oficial de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
(SCCALP)

BASES DE LA CONVOCATORIA

1. Se establece un Premio de 750 €* destinado a recompensar el mejor trabajo publicado en el Boletín de Pediatría desde enero a diciembre del año 2021, ambos inclusive, dentro de las secciones de Revisiones, Originales y Casos Clínicos de la revista.
2. La selección del trabajo premiado será realizada por un jurado constituido por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría y su Director o por un Comité en el que delegue, que deberá estar integrado por personas de reconocido prestigio científico.
3. El Jurado del Premio se reunirá previamente a la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2022 y se considerará constituido cuando estén presentes la mayoría de sus miembros. Los artículos publicados serán evaluados objetivamente siguiendo criterios de calidad, originalidad y presentación.
4. El Jurado podrá declarar desierto el Premio si considera que ninguno de los trabajos publicados reúne los requisitos necesarios para ser premiado.
5. El fallo del Jurado será inapelable, debiendo publicarse en la página web de la SCCALP y debiendo ser comunicado al autor o autores correspondientes por carta oficial desde la Secretaría de la Sociedad.
6. La entrega del Premio, por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría, se hará con ocasión del acto de clausura de la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2022.

**Menos impuestos legalmente establecidos.*

Sumario

191 **PROGRAMA CIENTÍFICO**

MESA REDONDA: HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DIFÍCILES

192 Lactancia materna y COVID-19

P. Gortázar Arias

198 Comunicar la Humanización, una tarea de impacto positivo especialmente en tiempos de pandemia

I. Giménez García

MESA REDONDA: EJEMPLOS EXITOSOS DE COORDINACIÓN PEDIATRÍA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

200 Experiencias reales de coordinación

G. de la Fuente Echevarría

207 Formación conjunta continuada. Una apuesta en curso

M.T. Viadero Ubierna

213 Residentes de Pediatría en ambos niveles. La Formación en Atención Primaria

M. Garrido Redondo

219 **COMUNICACIONES ORALES JUEVES 4 DE NOVIEMBRE**

228 **COMUNICACIONES ORALES VIERNES 5 DE NOVIEMBRE**

237 **COMUNICACIONES GRABADAS**

291 **PRESENTACIÓN DE PROYECTOS FINANCIADOS POR LA FUNDACIÓN**

MESA REDONDA: HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DIFÍCILES

295 Humanización en pandemia. Adaptación de la asistencia en tiempos COVID*

J.L. Guerra Díez

**Por un error, esta ponencia perteneciente a la primera Mesa Redonda no se incluyó en la paginación inicial de la revista. Rogamos disculpen las molestias*

Summary

191 **SCIENTIFIC PROGRAM**

ROUND TABLE: HUMANIZATION IN DIFFICULT TIMES

192 Breastfeeding and COVID-19

P. Gortázar Arias

198 Communicating Humanization, a task of positive impact, especially in times of pandemic

I. Giménez García

ROUND TABLE: SUCCESSFUL EXAMPLES OF COORDINATION BETWEEN PRIMARY AND SPECIALIZED PEDIATRICS

200 Real coordination experiences

G. de la Fuente Echevarría

207 Joint continuing education. A bet in progress

M.T. Viadero Ubierna

213 Pediatric residents at both levels. Training in Primary Care

M. Garrido Redondo

219 **ORAL COMMUNICATIONS THURSDAY, NOVEMBER 4TH**

228 **ORAL COMMUNICATIONS FRIDAY, NOVEMBER 5TH**

237 **RECORDED COMMUNICATIONS**

291 **PRESENTATION OF PROJECTS FINANCED BY THE FOUNDATION**

ROUND TABLE: HUMANIZATION IN DIFFICULT TIMES

295 Humanization in pandemic. Adaptation of assistance in COVID times*

J.L. Guerra Díez

**Due to an mistake, this paper belonging to the first Round Table was not included in the initial page of the magazine. We apologize for the inconvenience*

II Encuentro científico virtual de la SCCALP

Programa científico

JUEVES 4 DE NOVIEMBRE DE 2021

- 16:00 INAUGURACIÓN
Dr. José Manuel Marugán. *Presidente de la SCCALP*
Dra. María Jesús Cabero. *Vicepresidenta por Cantabria. SCCALP.*
- 16:10 COMUNICACIONES ORALES (en directo)
- 17:40 MESA REDONDA: HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DIFÍCILES
Moderadora: Dra. María Jesús Cabero. *Vicepresidenta por Cantabria de la SCCALP.*
- **Adaptación de la asistencia en tiempos COVID.** Dr. José Lorenzo Guerra. *Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Valdecilla.*
 - **Lactancia materna y COVID.** Dra. Pilar Gortázar. *Unidad de neonatología y Maternidad. Hospital Valdecilla.*
 - **Humanización acompañamiento y consultas no presenciales.** Isabel Giménez. *Responsable de Comunicación del Hospital Valdecilla.*
 - **Adolescente en la pandemia.** Dr. Luis Gaite. *Servicio de Psiquiatría. Hospital Valdecilla.*
 - **Ruegos y preguntas.**

VIERNES 5 DE NOVIEMBRE DE 2021

- 16:00 COMUNICACIONES ORALES (en directo)
- 17:30 MESA REDONDA: EJEMPLOS EXITOSOS DE COORDINACIÓN PEDIATRÍA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.
Moderador: Dr. José Manuel Marugán. *Presidente de la SCCALP.*
- **Experiencias reales de coordinación.** Dr. Gonzalo de la Fuente. *Pediatra de Atención Primaria. SACYL.*
 - **Formación conjunta continuada. Una apuesta en curso.** Dra. María Teresa Viadero. *Cardiología Infantil. Hospital Valdecilla.*
 - **Residentes de Pediatría en ambos niveles.** Dra. Mercedes Garrido Redondo. *Pediatra de Atención Primaria. SACYL*
- 18:45 PRESENTACIÓN DE PROYECTOS FINANCIADOS POR LA FUNDACIÓN.
- 19:30 CLAUSURA

Mesa redonda: Humanización en tiempos difíciles

Lactancia materna y COVID-19

P. GORTÁZAR ARIAS

Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. IBCLC. Presidenta Comisión IHAN Valdecilla. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

“Si se dispusiese de una nueva vacuna que pudiese prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, que además fuese barata, segura, se administrase por vía oral y no precisase de una cadena de frío, se convertiría inmediatamente en una prioridad para la salud pública. Pues bien, la lactancia materna puede suponer eso y más, sin embargo algo tan sencillo, precisa su propia ‘cadena de calor’ o ‘apoyo humano’”.
A warm chain for breastfeeding. Lancet. 1994; 344: 1239-41

“La lactancia materna es un derecho básico de las madres y sus hijos que debe ser fomentado y protegido”.
Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Ginebra 22 de noviembre de 2016.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Beneficios para el lactante

La leche materna es un fluido vivo de gran complejidad biológica, variable a lo largo del tiempo, con factores protectores e inmunomoduladores y que varía su composición adaptándose a las diferentes etapas del desarrollo del lactante. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su mantenimiento, junto a la alimentación complementaria, durante los primeros 2 años de vida del niño/a, pudiendo alargarse todo lo que la madre y lactante deseen. La leche materna aporta nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas,

que favorecen el crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante. Así mismo, se ha demostrado que favorece el vínculo afectivo, protege de infecciones, disminuye el riesgo de padecer enfermedades agudas y crónicas y mejora el desarrollo cognitivo durante la infancia, prolongándose dichos beneficios en la edad adulta

Beneficios para la madre

La lactancia materna proporciona importantes beneficios para la salud emocional y física de la madre; favorece el establecimiento del vínculo y le hace sentirse insustituible; disminuye el sangrado postparto; contribuye a la recuperación antes del peso pregestacional; aumenta los intervalos entre embarazos; disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario; disminuye el riesgo posmenopáusico de fracturas vertebrales y de cadera; etc.

Beneficios de tipo económico y medioambientales para la sociedad

La leche materna es un recurso natural que protege el medio ambiente: es un recurso seguro y renovable que no contamina; no precisa energía para su preparación ni produce emisiones contaminantes; no necesita procesos industriales para su elaboración; no produce residuos; no necesita usar materiales ni plásticos para su conservación; no precisa medios de transporte para su distribución, ahorra combustible y reduce la contaminación ambiental; ahorra agua porque no se necesita para su preparación; es gratuita por lo que ayuda al ahorro en la economía familiar; protege

Correspondencia: Pilar Gortázar Arias. Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
Correo electrónico: mpilar.gortazar@scsalud.es

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

a los niños amamantados de enfermedades disminuyendo el consumo de fármacos y de recursos sanitarios y reduciendo el absentismo laboral.

LACTANCIA MATERNA Y PANDEMIA COVID-19

La rápida evolución de la pandemia de Covid-19 ha generado un ambiente de incertidumbre, confusión y dudas en relación con la lactancia materna que hace necesario ahora más que nunca protegerla.

Al principio de la pandemia en marzo de 2020 había muy poca evidencia y recomendaciones contradictorias. De hecho en China se empezó a indicar la separación del recién nacido (RN) de las madres con COVID-19 y la contraindicación de la lactancia materna. No así en Europa, donde países como Italia y España, muy azotados inicialmente por la pandemia, no tardaron en empezar a recomendar el amamantamiento con medidas para la prevención de infección (mascarilla facial e higiene de manos) para los casos de madres COVID positivo pauci/asintomáticas en alojamiento conjunto con el recién nacido. La extracción de leche materna puede ser recomendable cuando la madre no se encuentre en condiciones de amamantar. Pero había necesidad de evidencia para contestar todas las preguntas que se empezaron a plantear⁽¹⁾:

- ¿Hay transmisión vertical en RN hijo de madre con COVID-19?
- ¿Cuál sería la vía del parto más recomendable?
- ¿Cómo se manifiesta la COVID en el RN?
- ¿Hay que separar al RN de su madre?
- ¿Es segura la lactancia materna?

¿Hay transmisión vertical en RN hijo de madre con COVID-19?⁽²⁻⁴⁾

- No hay pruebas contundentes de que en las embarazadas con infección por SARS-CoV-2 se produzca transmisión vertical al recién nacido.
- La transmisión de la infección por SARS-CoV-2 al recién nacido de madre con COVID-19 es muy baja, sin poder saber si la infección se produce intraútero, intraparto o postparto.

En el RN hijo de madre con COVID, ¿influye el tipo de parto en el RN?⁽⁵⁾

- Al inicio de la pandemia ante la incertidumbre de que los RN pudiesen contagiarse, en muchas embarazadas con COVID-19 se indicaba cesárea.
- Posteriormente se observó que la incidencia de infección en el RN era baja y las sociedades científicas y organismos

internacionales empezaron a recomendar tomar la decisión del tipo de parto en función de los indicadores obstétricos.

Resumen revisiones sistemáticas⁽¹⁾

Estudios de RN hijos de madre COVID positivo

- Tasa COVID-19 en embarazadas → 10%
- Tasa parto pretérmino (< 37 semanas) 17% (doble respecto a gestantes sin infección)
- No diferencias: muerte perinatal, distrés respiratorio, Apgar.

Estudios neonatos COVID positivo

- La mayoría asintomáticos.
- Los sintomáticos, síntomas leves:
 - Respiratorios (52,5%): **rinitis, taquipnea** o tiraje; ningún caso de SDR neonatal).
 - **Fiebre** (44,3%).
 - Gastrointestinales (36%): **dificultades alimentación**, vómitos o diarrea.
 - Neurológicos (18,6%): hipertensión/irritabilidad, hipotonía/letargia o apnea.
 - Taquicardia o hipotensión (10,3%).
 - Otros: hipotermia, exantema o conjuntivitis (9,2%).
 - Ingresaron en UCI neonatal (38,6%) > 50% fueron prematuros.
 - Fallecieron 3 (1,7%) por causas aparentemente NO relacionadas con COVID-19.

Resumen Datos Registros de la Sociedad Española de Neonatología. Neonatos COVID positivo y RN hijo de madre COVID positivo

Neonatos COVID positivo⁽⁶⁾

- **Diseño del estudio:**
 - Datos del 8 de marzo al 26 de mayo de 2020.
 - Estudio transversal prospectivo multicéntrico (79 hospitales de España).
 - 503 RN de 497 madres COVID-19.
- **Resultados:**
 - Síntomas maternos = población general (5% graves).
 - **45,8%** de mujeres **positivas asintomáticas**.
 - CPP ≈ 50%.
 - Prematuridad 15,7% (INE 2019 7,1%).
 - De 14 RN con PCR positiva → solo 1 sintomático.
 - **62,3%** de RN **asintomáticos alojamiento conjunto**.
 - 76,5% de RN tomaron leche materna.
- **Conclusiones:** en la mayoría de RN hijos de madre con COVID-19 no es necesario separar a las madres de los

RN, lo que permite retrasar el pinzamiento del cordón y realizar el CPP junto con el mantenimiento de la lactancia materna.

RN hijos de madre COVID positivo⁽⁷⁾

- **Diseño del estudio:**
 - N = 2.248 binomios Madre COVID-19/Hijo RN.
 - 120 hospitales públicos y privados.
 - Todas CCAA.
 - Marzo 2020-Enero 2021.
- **Resultados:**
 - 85% mujeres asintomáticas ó clínica > 14 d con PCR positiva en el parto. Serología útil (67% IgG positiva).
 - Baja tasa de transmisión vertical < 1%.
 - La mayoría de RN son asintomáticos (84%).
 - La tasa más alta de RN en embarazadas sintomáticas con infección en la semana previa al parto.
 - Paso transplacentario de Ac maternos (78% de RN hijos de madres con IgG positiva).
 - Difícil distinguir entre transmisión vertical y horizontal.
 - No hay evidencia de malformaciones.
 - No hay diferencias entre RN en alojamiento conjunto con su madre de los separados, ni con CPP.
 - Tasa LM 83% (amamantamiento 72%) EEUU hasta noviembre de 2020 no cambió recomendaciones.
- **Conclusiones:** el riesgo de transmisión vertical de infección por SARS-CoV-2 es bajo cumpliendo los protocolos de la SeNeo, lo que permite el alojamiento conjunto, el CPP precoz y el establecimiento eficaz de la lactancia materna.

El RN hijo de madre COVID, ¿puede ser alimentado con lactancia materna?⁽⁸⁻¹⁰⁾

Las recomendaciones con respecto a la lactancia materna fueron inicialmente de no amamantar y separar al recién nacido de la madre.

Posteriormente, organizaciones sanitarias, OMS, IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), AAP, Sociedad Española e Italiana de Neonatología, la UENPS (*Union of European Neonatal and Perinatal Societies*) y la *European Paediatric Association* (UNEPSA) empezaron a recomendar amamantar al observar que NO existe riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 a través de la leche materna.

¿Presencia de SARS-CoV-2 en leche materna? ¿Transmisión a través del amamantamiento?⁽¹¹⁻¹⁴⁾

- **NO** detección viral en muestras de leche materna.
En la actualidad no hay pruebas de que el SARS-CoV-2 se transmita por leche materna.

La infección neonatal es infrecuente y no mayor si el lactante es amamantado que si recibe lactancia artificial → 204 RN: Grupo LM 7/148 RN positivos (4,7%). Grupo alimentación con fórmula 3/56 (5,3%).

Lactancia materna ante la pandemia de Coronavirus

COVID-19. Recomendaciones IHAN para profesionales ante la pandemia por SARS-CoV-2 (v2 02/04/2020)⁽¹⁵⁾ (Fig. 1)

- El SARS-CoV-2 no se ha aislado en leche materna mediante técnicas de cultivo y es improbable que se transmita durante el amamantamiento. la probabilidad de transmisión vertical es muy baja.
- Las gestantes con infección por COVID-19 presentan mayor morbi-mortalidad. No hay evidencia de que la cesárea sea la vía de elección para la finalización de la gestación.
- En la situación actual de pandemia, es más importante que nunca proteger la lactancia materna. Suspender lactancias ante COVID-19 supone más riesgo que beneficio para madre e hijo.
- La Infección por SARS-CoV-2 no obliga a interrumpir el contacto piel con piel ni la primera toma en la primera hora si el estado clínico de madre e hijo lo permiten.
- Las mujeres con COVID-19 pueden continuar amamantando si su situación clínica se lo permite. Durante el amamantamiento es importante mantener las precauciones para evitar el contagio por vía respiratoria (mascarilla y lavado de manos).
- La extracción de leche materna puede ser recomendable cuando la madre no se encuentre en condiciones de amamantar. Los Bancos de Leche Humana y la disponibilidad de leche donada son esenciales para muchos recién nacidos prematuros, también durante esta pandemia.
- Las vacunas para COVID19 son seguras para la lactancia materna. La vacuna contra COVID-19 produce en la madre un aumento de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 que llegan a la leche materna.

American Academy of Pediatrics (AAP) Breastfeeding Guidance Post Hospital Discharge for Mothers or Infants with Suspected or Confirmed SARS-Co V-2 Infection

- La AAP apoya firmemente la lactancia materna como la mejor opción para la alimentación infantil, incluso si la madre y/o su hijo/a están infectados por SARS-CoV-2.
- Numerosos estudios publicados han confirmado que:
 - NO hay virus SARS-CoV-2 viable o contagioso en la leche materna de madres con infección aguda.

iHAN
Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia.

unicef | para cada niño

LACTANCIA MATERNA EN LA PANDEMIA COVID-19
INFORMACIÓN PARA FAMILIAS

SE SABE
Lactancia Materna

- El contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento y el calostro protegen al recién nacido.
- La leche materna contiene defensas antivirales.
- Los lactantes amamantados tienen menos complicaciones por virus respiratorios.

SE RECOMIENDA
A las mujeres que amamantan

- Amamantar en exclusiva hasta los 6 meses y con otros alimentos hasta los 2 años o más.
- Buscar ayuda para superar dificultades, aumentar la producción de leche o relactar.
- Contactar con su banco de leche si eran donantes.

Lactancia y COVID

- El SARS-Cov-2 no se ha aislado en leche materna.
- Amamantar con COVID es posible.
- Si la madre con COVID lo prefiere, extraerse la leche es una opción, no un imperativo.
- La leche extraída no transmite el virus.
 - es importante usar medidas de protección para evitar que se contamine.

Si tienes COVID o síntomas: Puedes seguir amamantando

Evita el contagio por gotas:

- usa mascarilla
- lávate las manos
- usa bata (y retírala para amamantar)

Si decides extraerte leche, además de lo anterior:

- limpia el extractor antes y después de cada uso.
- limpia los botes antes y después de usarlos.
- esterilízalo todo una vez al día.

Figura 1. Recomendaciones IHAN ante la pandemia por SARS-CoV-2 (v2 02/04/2020).

- Los métodos de pasteurización (utilizados para preparar la leche de donantes) inactivan el SARS-CoV-2.
- Existen anticuerpos neutralizantes IgA e IgG en la leche materna contra múltiples antígenos del SARS-CoV-2 después de la enfermedad por COVID-19.
- Y una presencia de anticuerpos aún más sólida después de la vacunación con COVID-19.

Recomendaciones Sociedad Española de Neonatología⁽¹⁶⁾,
Sociedad Italiana de Neonatología y la UENPS
(Union of European Neonatal and Perinatal Societies)

Recomiendan el amamantamiento con medidas para la prevención de infección para los casos de madres COVID positivo pauci o asintomáticas en alojamiento conjunto con el recién nacido.

LACTANCIA MATERNA Y COVID-19. CONCLUSIONES

- En los estudios realizados NO hay evidencia de la transmisión del SARS-CoV-2 a través de la leche materna ni de infección en el lactante amamantado.
- Teniendo en cuenta el coste beneficio, la falta de pruebas acerca de la transmisión a través de la leche, las ventaj

as para la madre y la salud del niño, no hay datos que modifiquen las recomendaciones actuales en cuanto a la conveniencia de permitir y fomentar el amamantamiento de los recién nacidos.

LACTANCIA MATERNA Y VACUNA FRENTE A LA COVID-19

- La vacunación frente a la COVID-19 en madres que amamantan es compatible y segura.
- NO existe ninguna justificación para suspender la lactancia materna como condición para administrar la vacuna contra la COVID-19.

COVID-19 SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

El Servicio de Pediatría del HUMV, al igual que el resto del Hospital, ha tenido que hacer un importante esfuerzo de organización y adaptación ante la nueva situación de pandemia COVID-19, intentando que todo ello no repercutiera en la atención a los niños/as y sus familias y man-

teniendo el compromiso adquirido desde hace años en la mejora continua de las prácticas de atención perinatal y de apoyo a la lactancia materna. En el año 2017, contando con el apoyo institucional y de la Dirección del Centro, Valdecilla se adhiere al Programa internacional IHAN “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”, obteniendo la primera de las cuatro fases necesarias para lograr la certificación del Programa IHAN y en 2019 la acreditación de la Fase 2D. El hospital dispone además de una CLÍNICA DE LACTANCIA del Servicio de Pediatría como recurso de apoyo a la Comunidad, con un equipo multidisciplinar experto en lactancia materna que atiende consultas derivadas del Hospital, Atención Primaria y Grupos de Apoyo. La Clínica de Lactancia ha adaptado su actividad durante la pandemia atendiendo a madres lactantes con COVID-19 que precisan ingreso y que desean instaurar o continuar con la lactancia materna a pesar de sus especiales circunstancias, tal y como recomiendan hoy en día todos los principales organismos nacionales e internacionales.

Asimismo, durante la pandemia la Unidad de Investigación del Servicio de Pediatría del HUMV en colaboración con los Servicios de Inmunología y Microbiología y la UNICAN (Universidad de Cantabria, ha puesto en marcha diferentes proyectos de investigación que están dando como resultado artículos publicados en revistas internacionales en relación con la seroprevalencia frente a SARS-CoV-2 en embarazadas y sus hijos RN; estudios que confirman la presencia de anticuerpos en sangre y leche materna en madres vacunadas frente al SARS-CoV-2 y/o COVID positivas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

COMENTARIOS FINALES

- La pandemia de la COVID-19 ha tenido un indudable impacto sobre la lactancia materna sobre todo en los momentos iniciales, en los cuales, a pesar de las recomendaciones de la OMS y de la IHAN, se realizaron protocolos que separaban a madres de sus hijos/as, con la consiguiente disminución en las primeras tomas, el retraso en la lactogénesis y la menor producción de leche.
- En la actualidad no hay evidencia de que haya SARS-CoV-2 activo en leche humana.
- NO hay razones para cambiar las indicaciones y recomendaciones existentes de asistencia al parto y al nacimiento, que incluye el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna tan pronto como sea posible después del nacimiento.

- Las mujeres con COVID-19 pueden continuar amamantando si su situación clínica se lo permite. Durante el amamantamiento es importante mantener las precauciones para evitar el contagio por vía respiratoria (mascarilla y lavado de manos). La extracción de leche materna puede ser recomendable cuando la madre no se encuentre en condiciones de amamantar.
- La lactancia materna sigue precisando su propia “cadena de calor” o “apoyo humano”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Covid-19 en Pediatría. Valoración Crítica de la Evidencia. Comité/Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia AEP y AEPap. 31 Marzo 2021.
2. Marín Gabriel MA, Cuadrado I, Álvarez Fernández B, et al. Multicentre Spanish study found no incidences of viral transmission in infants born to mothers with COVID-19. *Acta Paediatr.* 2020; 109: 2302-8.
3. Pettiroso E, Giles M, Cole S, Rees M. COVID-19 and pregnancy: A review of clinical characteristics, obstetric outcomes and vertical transmission. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol.* 2020; 60: 640-59.
4. Walker KF, O'Donoghue K, Grace N, Dorling J, et al. Maternal transmission of SARS-CoV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis. *BJOG.* 2020; 127: 1324-36.
5. Kotlyar AM, Grechukhina O, Chen A, Popkhadze S, Grimshaw A, Tal O, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2021; 224: 35-53.
6. Sánchez-Luna M, Fernández Colomer B, de Alba Romero C, Alarcón Allen A, Baña Souto A, Camba Longueira F, et al. Neonates Born to Mothers With COVID-19: Data From the Spanish Society of Neonatology Registry. *Pediatrics.* 2021; 147: e2020015065.
7. COVID-19 Perinatal “Registros COVID-SeNeo” Belén Fernández Colomer y Comisión de Infección SeNeo. *Hot Topics Neonatología.* Febrero 2021.
8. Support of the World Health Organization Statement on Breastfeeding during the Pandemic. *J Pediatrics.* 2020; 223: 234-6.
9. Nacimiento y lactancia materna ante la pandemia COVID-19. Recomendaciones IHAN para profesionales. Disponible en: https://www.ihan.es/wp-content/uploads/SARSCoV-2_y_LM-RECOMENDACIONES-IHAN-v02_04_2020FFP.pdf
10. Breastfeeding Guidance Post Hospital Discharge for Mothers or Infants with Suspected or Confirmed SARS-CoV-2 Infection. Disponible en: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinicalguidance/breastfeeding-guidance-post-hospital-discharge>.
11. Pettiroso E, Giles M, Cole S, Rees M. COVID-19 and pregnancy: A review of clinical characteristics, obstetric outcomes and

- vertical transmission. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol.* 2020; 60: 640-59.
12. Marín-Gabriel MÁ, Malalana-Martínez AM, et al. Negative Transmission of SARS-CoV-2 to Hand-Expressed Colostrum from SARS-CoV-2 Positive Mothers. *Breastfeed Med.* 2020; 15: 492-4.
 13. Centeno-Tablante E, Medina-Rivera M, Finkelstein JL, et al. Transmission of SARS-CoV-2 through breast milk and breastfeeding: a living systematic review. *Ann N Y Acad Sci.* 2021; 1484: 32-54.
 14. Walker KF, O'Donoghue K, Grace N, et al. Maternal transmission of SARS-CoV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis. *BJOG.* 2020; 127: 1324-36.
 15. Lactancia Materna ante la pandemia de Coronavirus COVID-19. Recomendaciones IHAN para profesionales ante la pandemia por SARS-CoV-2 (v2 02/04/2020)
 16. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2. Versión 6.2 27/05/2020.
 17. Llorca J, Lechosa-Muñiz C, Gortazar P, Fernández-Ortiz M, Jubete Y, Cabero MJ; MOACC-19 group. COVID-19 in a cohort of pregnant women and their descendants, the MOACC-19 study. *BMJ Open* 2021; 11: e044224.
 18. Llorca J, Lechosa-Muñiz C, Lasarte-Oria L, Cuesta-González R, López-Hoyos M, Gortázar P, et al; The MOACC-Group. Influence of socioeconomic status on SARS-CoV-2 infection in Spanish pregnant women. The MOACC-19 Cohort. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18: 5133.
 19. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Mendez-Legaza JM, Irure-Ventura J, Cuesta González R, Calvo Montes J, et al. Induction of SARS-CoV-2-Specific IgG and IgA in serum and milk with different SARS-CoV-2 vaccines in breastfeeding women: A cross-sectional study in Northern Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18: 8831.

Mesa redonda: Humanización en tiempos difíciles

Comunicar la Humanización, una tarea de impacto positivo especialmente en tiempos de pandemia

I. GIMÉNEZ GARCÍA

Consultora de Comunicación. Hospital Valdecilla. Santander.

La labor divulgadora de los profesionales sanitarios ha eclosionado con el auge de los medios de comunicación digital y las redes sociales, que han venido a multiplicar las opciones para contar el trabajo que se realiza en el interior de los hospitales y los centros de salud. Así, sea con la ayuda de un profesional de la Comunicación o de forma autónoma a través de los medios a su alcance, los especialistas en Pediatría deben al menos considerar la posibilidad de añadir a su labor divulgadora de corte más científico, otra más llana y sencilla que les acerque de otro modo a la sociedad. Y la Humanización en este sentido es una de las materias más gratas de comunicar.

Informar acerca de la mejora continua, la formación, el esfuerzo en pos del desarrollo científico, etcétera, repercute directamente en la reputación de los profesionales y las entidades sanitarias cuando se comunica bien y supone un acercamiento a una sociedad muy consciente de la importancia del sector como pilar del estado de bienestar.

Así pues, cualquier acto de comunicación de la actividad asistencial, investigadora o docente suele gozar de una muy buena acogida entre una población a la que le satisface, le genera curiosidad y le hace más consciente del trabajo de los profesionales que están llamados a asistirles en caso de necesidad. Es algo que sienta bien, que reconforta, que genera respeto.

Pero de entre todos los temas que podemos comunicar a la sociedad cuando abrimos el hervidero informativo que es

un hospital, hay un área temática que tiene unos resultados espectaculares, porque resuena directamente con la esencia de lo que somos como seres humanos, que toca la fibra y estimula sensaciones de optimismo y confianza de una manera incomparable. Esta área temática tiene que ver con la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), en la que se incluyen todas las actividades que lleva a cabo una entidad y sus profesionales en el ámbito de su trabajo y que va más allá de lo que les es exigido por ley.

Y aquí, además de, por ejemplo, medidas de ahorro energético, de mejora de la eficiencia económica o de colaboración con causas sociales, podríamos enmarcar toda la actividad de Humanización, algo en lo que cada vez estamos más concienciados porque los resultados obtenidos en el camino que ya hemos recorrido son muy buenos.

Unos resultados que se amplifican exponencialmente cuando son comunicados hacia el interior y el exterior de la organización, ya sea a través de medios propios del hospital, del servicio especializado o de los profesionales que han liderado la actuación, siempre que sea posible coordinándose al menos con el comunicador oficial del hospital, si lo hubiera, para evitar 'quemar' una noticia que estuviera prevista o el planning organizativo en esa área.

De esta manera, encontramos como canales más frecuentes la web, las redes sociales, los boletines o newsletter, la gestión de entrevistas y reportajes individualizados en colaboración con los medios de comunicación, etcétera. Pero también la información en el punto de interés, es decir, en

Correspondencia: Isabel Giménez García. Hospital Valdecilla. Santander.

Correo electrónico: isabel.gimenez@wictoria.es

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

el propio servicio, en el área de consultas o a pie de cama del paciente, utilizando para ello medios como las pantallas, los tabloneros de anuncios, las circulares informativas o el más sencillo tú a tú, profesional-paciente/familiar.

Algunos de los beneficios de ejercer esta labor comunicadora de las acciones de Humanización de cara al exterior pivotan alrededor del hecho de que en última instancia lo que estamos transmitiendo son valores, algo que repercute positivamente en la reputación de la institución y de sus profesionales, y genera reacciones positivas, tan necesarias para el colectivo y para la sociedad en general, especialmente en estos tiempos de pandemia.

Además, de cara a los pacientes y sus familiares, cuando comunicamos acciones de Humanización, potenciamos el bienestar y su sensación de confianza, les hacemos más conscientes del esfuerzo que estamos dispuestos a invertir y generamos un sentimiento de gratitud que bien podría resumirse con la frase: “Están en todo, se preocupan de todo”.

Este vínculo reforzado gracias al conocimiento, también contribuye a reducir las sensaciones negativas, como la ansiedad ante un procedimiento o la incompreensión ante un contratiempo que pueda llegarse a dar, porque en la

valoración general que hacen los pacientes o los familiares ante una de esas situaciones subyacen muchos más matices: “Son las mismas personas que se han preocupado de todo lo demás, se esfuerzan muchísimo, hacen todo lo que pueden y más”.

Pero, además, comunicar hacia el exterior lo que hacemos en nuestro día a día para avanzar en Humanización genera más oportunidades para mejorar, precisamente, en este mismo ámbito. Hay entidades, empresas y organizaciones deseosas de echar una mano, pero que no saben muy bien a quién acudir o en qué podrían ayudarnos. Si les mostramos con nuestra forma de proceder que ya tenemos experiencia y que además somos capaces de ofrecerles un retorno en materia de comunicación a su apuesta por nosotros podemos inclinar la balanza y conseguir fondos, material o ayuda en forma de voluntarios con los que poner en marcha nuevas líneas de Humanización.

Todo ello, a la vez que se materializa un reconocimiento a los profesionales que se han implicado en una de estas acciones a través de su visibilización y, además, se consigue un efecto ‘contagio’ hacia otras unidades o servicios del hospital que puedan verse estimulados al conocer la experiencia.

Mesa redonda: Ejemplos exitosos de coordinación Pediatria Primaria y Especializada

Experiencias reales de coordinación

G. DE LA FUENTE ECHEVARRÍA

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Ciudad Rodrigo, Salamanca.

La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. La única manera de estructurar los distintos mecanismos de coordinación requiere una sistematización que ayude a utilizarlos de forma adecuada⁽¹⁾.

Si revisamos la literatura, destaca en primer lugar la confusión en la utilización de términos como continuidad asistencial, coordinación o longitudinalidad que, en ocasiones, también se confunden con estrategias concretas, como la gestión de casos o la atención compartida^(2,3). Si bien es cierto que dichos términos se basan en el enlace existente entre las múltiples fuentes de provisión durante el proceso de la atención, aluden a conceptos diferentes y por ello algunos autores han realizado un esfuerzo de delimitación de los términos desde una perspectiva global⁽⁴⁻⁶⁾.

La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos⁽⁶⁾. Es decir, la conexión armoniosa de los diferentes servicios sanitarios necesarios para la asistencia de un paciente a lo largo del continuo asistencial. La integración asistencial por su parte, se consideraría cuando la coordinación alcanza su grado máximo⁽²⁾. Por tanto, la coordinación asistencial es un objetivo intermedio pero necesario para la consecución de los objetivos finales de la organización: eficiencia y con-

tinuidad de la atención. Es decir, en teoría, la integración asistencial debería contribuir a un sistema sanitario más eficiente, equitativo y de alta calidad a través de mejoras en la coordinación asistencial, continuidad asistencial y acceso de los pacientes al sistema⁽¹⁾.

La continuidad asistencial, se considera entonces como el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente. Se define como el grado de coherencia, unión y consistencia con las necesidades médicas y el contexto personal de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del proceso asistencial⁽¹⁾. La continuidad asistencial depende de varios factores⁽²⁾, entre los que se encuentra una adecuada coordinación entre los niveles. De esta forma, la coordinación asistencial se considera un prerrequisito para una correcta continuidad asistencial.

Dentro de la continuidad asistencial se pueden establecer tres tipos o dimensiones: la continuidad de información, continuidad de gestión y continuidad de relación. Los dos primeros están íntimamente relacionados con la coordinación asistencial. El primero, la continuidad de información se define como la disponibilidad, uso e interpretación de los acontecimientos previos para proporcionar una atención adecuada en la circunstancia actual del paciente. La transferencia de información es el nexo de unión de un proveedor a otro, de un servicio a otro y/o de un nivel asistencial a otro. El segundo, la continuidad de gestión, implica que todos los profesionales, servicios o niveles asistenciales que son necesarios para la asistencia, actúen de forma sincro-

Correspondencia: Dr. Gonzalo de la Fuente Echevarría. Centro de Salud de Ciudad Rodrigo, Salamanca.

Correo electrónico: gonzadelafuente1@gmail.com

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

nizada y garantizando un orden secuencial coherente con las necesidades del paciente en cada momento. Si se realiza correctamente se evitan pérdidas, duplicidades en pruebas o consultas. Y, finalmente la continuidad de relación. Esta se basa en la relación estable y sostenida con un único proveedor que favorece la confianza mutua, la continuidad de la información y la responsabilidad.

La atención sanitaria esta estructurada principalmente en dos niveles asistenciales en función de la complejidad, su uso de recursos y el volumen de asistencia. Estos son el nivel primario y el nivel especializado, con diferentes subespecialidades a su vez. La coordinación entre niveles asistenciales, ha sido tradicionalmente un “agujero negro” de la gestión sanitaria, que se traduce en malversación de recursos (repetición de pruebas y consultas), inseguridad del paciente (errores por falta comunicación entre profesionales), deficiente información al paciente (se diluye la responsabilidad de los profesionales ante el paciente compartido), discrepancias entre profesionales (en la prescripción y el reparto de responsabilidades), falta de acuerdo sobre los tiempos de espera en los flujos de pacientes (listas de espera gestionadas por personal que no conocen las necesidades reales del paciente), insatisfacción de los pacientes cuando perciben la escasa comunicación y sintonía entre los médicos que comparten su atención desde diferente nivel asistencial y desgaste de los profesionales ante la incapacidad de la institución para articular la coordinación interprofesional (contribución al burnout). El mejor de los modelos organizativos *in vitro* no ofrece resultados *in vivo* si no se consiguen previamente dos objetivos a nivel ético. El primero, la implicación individual de los profesionales por igual. El segundo, que la organización favorezca las condiciones para generar un “clima cooperativo” que permita la comunicación y facilite la confianza entre los profesionales que comparten la responsabilidad asistencial⁽⁷⁾.

De estos conceptos teóricos se han creado multitud de programas, cursos, y sistemas de interrelación entre niveles asistenciales. El primer ejemplo, y mas duradero de los expuestos en la ponencia se remonta a 1986, cuando el doctor Fernando Malmierca, motivado por la falta de interconexión entre los propios profesionales, inicia un curso anual de pediatría de atención primaria en Salamanca. De esta manera se iniciaba de forma natural, y no sin esfuerzo, un sistema de coordinación con pocos precedentes. El curso consiguió la unificación de criterios en el primer nivel asistencial, a través de un sistema de sesiones, utilizando los profesionales propios y muchos referentes en el ámbito nacional. Los cursos, de carácter anual y multidisciplinar, se consiguieron acreditar en el sistema por la comisión de formación continuada

de los profesionales sanitarios, reconociéndose a nivel oficial de su carácter didáctico y rigor científico. Permitted, y aún lo mantiene como una seña de identidad, crear un espacio de distensión para los profesionales, de manera que pudieran comentar sus inquietudes y quehaceres de la práctica diaria.

De una forma progresiva, se fue interconectando el curso entre los profesionales pediátricos del primer nivel y del segundo, contribuyendo a la citada coordinación entre niveles que sustenta, de una manera no oficial, pero si estructurada, la óptima atención de nuestros pacientes. Los diferentes subtipos de nivel secundario de asistencia, comentada antes, aunque sin entrar en profundidad, constituida por las especialidades dentro del complejo hospitalario, como son ginecología, otorrinolaringología, traumatología entre otros, fueron formando parte de estas sesiones en los cursos anuales. Estos servicios de interconexión obligatoria con la pediatría podían constituir jornadas formativas a los pediatras, en un sistema de flujo bidireccional que facilitó la fluidez de la coordinación. En las últimas ediciones se ha incorporado la participación a nivel formativo del colectivo de enfermería pediátrica, dentro del compromiso firme de la unidad asistencial que constituyen el binomio pediatra-enfermera pediátrica.

El segundo ejemplo de coordinación entre niveles surge de la motivación de pediatras de atención primaria que han realizado el cambio a nivel hospitalario. Fruto de ese conocimiento de ambos niveles, el doctor Javier López-Ávila propuso al jefe de servicio de pediatría del hospital de Salamanca, el doctor Eduardo Consuegra junto al pediatra de atención primaria, el doctor Javier Pellegrini, la translación de las sesiones hospitalarias aprovechando la expansión de los sistemas institucionales online. Estas sesiones multidisciplinares, engloban temáticas como la presentación de casos clínicos, la revisión de bibliográficas, actualización de protocolos y actuaciones. Se presentan los casos ingresados, debatiendo las peculiaridades y circunstancias que les acompañan. En las revisiones bibliográficas, como su nombre indica, se revisa la evidencia existente en base a un tema o caso clínico. La actualización de protocolos es el grado máximo de compromiso con la práctica médica, suponiendo un reto y un compromiso autoimpuesto del código deontológico. Las sesiones clínicas han supuesto otro vínculo entre los niveles de atención primaria y especializada, suponiendo un punto de encuentro para crear la continuidad entre niveles. Es necesario perfeccionar el sistema, para hacerlo más interactivo y fortalecer la bidireccionalidad en el peso de las sesiones.

El tercer ejemplo de la coordinación entre niveles es el proyecto de introducción de diversas escalas existentes, pero aun no introducidas en las guías asistenciales. Varias escalas

tienen como objeto cuantificar la gravedad de las patologías, de manera que puedan servir por un lado, para el diagnóstico, y por otro para realizar una derivación más precisa y con la información más completa entre el primer nivel y el segundo.³ Por el contrario, otras escalas sirven para el seguimiento, además, de los procesos clínicos incluidos. Desde el 2007 se han incluido en la cartera de servicios diversos problemas de salud con prevalencia alta en la población pediátrica que, además de suponer un número elevado de casos, suponen un reto diagnóstico que dificulta ampliamente el abordaje. Muchas de estas patologías tienen su base o asociación con patología psiquiátrica/psicológica, por lo que la valoración para llegar al diagnóstico se convierte en un verdadero desafío doble para los profesionales de atención primaria.

Por un lado, la heterogeneidad de los datos recogidos actualmente en la historia de los diversos procesos asistenciales se ha visto refrendada en muchas patologías, dificulta la evaluación de éstos, afectando a la comprensión por parte de otros profesionales que atienden al mismo paciente, duplicando anamnesis y retrasando o imposibilitando la capacidad de mejora en la atención. La actual cartera de servicios incluye diversos factores de riesgo o indicadores de presencia de patologías pediátricas. Debido a la diversidad de escalas, o complejidad en función de los grupos de edad, estos indicadores no constituyen una guía de valoración objetiva y cuantificable, sino una serie de indicaciones que dependen de la subjetividad personal, y por tanto sujeto a variabilidad interpersonal. Por otro lado, constituye una dificultad en la cuantificación de la gravedad de la patología. El diagnóstico de patología o no, es un proceso clínico, valorando subjetivamente la sintomatología del paciente, pero su estratificación o cuantificación precisa de escalas objetivas que deben ser conocidas por los profesionales sanitarios. Tener una escala homogénea, conocida por todos los profesionales que atienden o vayan a recibir al paciente, o incluso aquellos que vayan a priorizar los volantes de derivación, simplifica y asegura un lenguaje común, fácil de entender y riguroso.

El uso de escalas estandarizadas, además de todo lo anterior, supone una herramienta más sencilla de interpretar y extrapolar en estudios de investigación y en los planes de mejora en gestión. Resulta sencillo homogeneizar datos de pacientes y cuantificar el grado de mejoría del proceso en función de las medidas adoptadas. El estudio se centrará en algunas de las principales patologías pediátricas, incluidas, como decíamos, en cartera de servicios pero que actualmente carecen de guías asistenciales y de tests diagnósticos. En términos de prevalencia en la edad pediátrica, y por el

aumento gradual que experimenta, incluimos en primer lugar la obesidad. La obesidad infantil es el resultado de una compleja relación entre estilos de vida, factores biológicos y medioambientales que dan lugar a un desequilibrio energético entre la cantidad de energía ingerida y la energía consumida⁽⁸⁾. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es un serio problema de salud pública en Europa, globalmente su prevalencia está en torno al 20%, repartida aproximadamente en un 5% de obesidad y 15% de sobrepeso⁽¹⁰⁾. En España, con datos referidos por los padres, la prevalencia en 1980 era de 4% en la población de 2 a 17 años y en 2007 alcanzó una frecuencia de 10,3%^(11,12). El estudio Aladino mostró que la obesidad infantil (6-9 años) en España es muy frecuente (18,3% obesidad y 26,2% sobrepeso), aunque su evolución parece estabilizarse⁽¹³⁾. Numerosos estudios de cohorte han encontrado asociación entre la obesidad infantil y factores de riesgo cardiovascular en edad adulta. Existen evidencias de que el proceso de arterosclerosis se inicia en la edad infantil. La obesidad infantil puede tener complicaciones más frecuentes en el niño como hipertensión, dislipemias, resistencia a la insulina o diabetes, hígado graso, y complicaciones psicosociales. El estudio enKid mostró muchos de los factores asociados a la aparición de esta.

Para abordar el diagnóstico y recogida de datos inicial se realizará un cuestionario con encuesta dietética y hábitos de vida, que puede ser rellenado por la enfermería pediátrica, índices antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro abdominal y pliegue tricípital), programando las visitas de manera estructurada y fijando los objetivos en cada visita según protocolo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Se completará con un anexo en la primera visita para descartar que la obesidad diagnosticada cumpla criterios de obesidad secundaria o comorbilidad, en cuyo caso se remitirá al siguiente nivel asistencial (endocrinología infantil), con la información recogida estandarizada^(17,18). Esto permitirá estructurar una línea de progreso y normalizar los resultados obtenidos⁽¹⁷⁾.

La segunda patología con alta prevalencia en edad pediátrica es el asma. El asma, como define la GEMA, es un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes. Al ser una enfermedad crónica, incluida en las diferentes estrategias de cronicidad vigentes, el objetivo de su abordaje es alcanzar y mantener el control de la patología y la prevención del riesgo futuro, especialmente de las exacerbaciones, que pueden poner en riesgo la vida del paciente y generar una carga para la sociedad. Tiene una prevalencia en España variable por regiones, entre 1.5 y 5%, aproximadamente. Sin embargo, en la población pediátrica estas cifras se elevan al 10%, según el estudio

ISAAC⁽²³⁾. Son conocidos los factores de riesgo personales y ambientales, ayudando al clínico en la vigilancia de una posible aparición⁽¹⁹⁾.

Se proporcionará la escala de evaluación de gravedad en asma denominada *Pulmonary Score*⁽²⁰⁾. Consta de tres ítems basados en signos clínicos y un cuarto basado en parámetro de pulsioximetría. La puntuación medida de 0 a 3 determinará la categorización en leve, moderada o grave. Se anexarán criterios de gravedad como motivo de derivación para complementar el subapartado de bronquiolitis, con referencias a la guía.

La utilidad de la escala *Pulmonary Score* se verá reflejada en la toma de decisiones, permitiendo seguir el algoritmo de manejo de la guía española para el manejo del asma (GEMA 5.1), actualizada de 2021. Además, se adjuntarán dos escalas referentes al manejo de la evolución del asma, mediante el "Cuestionario del Control del Asma en Niños (CAN)"⁽²⁰⁾, y el "Cuestionario *Asthma Control Test* (ACT) pediátrico", validado al castellano⁽²⁰⁾. Esto permitirá el seguimiento evolutivo con visitas estandarizadas y un seguimiento como plan de cuidados de enfermería. Creemos que optimizará el control de los pacientes, simplificará el seguimiento de los mismos, involucrará a enfermería pediátrica y mejorará el grado de satisfacción del equipo y de los usuarios.

En tercer lugar, se abarcará la patología prevalente en población pediátrica conocida como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Este es un síndrome conductual heterogéneo de inicio precoz caracterizado por la combinación de los síntomas centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad, con gran variabilidad en cuanto a su presentación, intensidad y gravedad. Se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

La tasa de prevalencia del TDAH más citada entre los niños en edad escolar oscila entre el 3 y el 5%, aunque la bibliografía refiere tasas entre el 4 y 17%. En el caso de las niñas, la prevalencia es menor, por cada dos niños, una niña padece el trastorno. En Castilla y León observamos un 6,6% de prevalencia⁽²¹⁾.

El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico eminentemente clínico. La afectación de los tres síntomas nucleares, déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, es recogida en los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Americana DSM-5 y por la CIE-11.

Los menores que padecen TDAH presentan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares y sociales, agravadas en muchos casos por la comorbilidad psiquiátrica que lleva asociada, principalmente con trastor-

nos del comportamiento, del estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje. Estas repercusiones son decisivas para el rendimiento académico, ya que hasta un 10% de los fracasos escolares se deben al TDAH. En este contexto, surgió la protocolización de la intervención diagnóstica y terapéutica, la coordinación entre niveles y el establecimiento de las vías y procedimiento de comunicaciones. Esto originó el desarrollo del Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de Castilla y León 2019.

El uso de escalas y cuestionarios auto aplicados para padres, profesores y el propio evaluador ayudan junto con la entrevista a la evaluación del paciente. Nunca se realizará el diagnóstico exclusivamente por la evaluación de cuestionarios. Se dispone de dos tipos de instrumentos: unos dirigidos específicamente hacia el TDAH (derivados de los criterios del DSM), y otros más amplios e inespecíficos para realizar una evaluación más general del paciente. Entre los primeros, se dispone del Cuestionario de Evaluación del TDAH de Du Paul (1998) para niños de 5 a 17 años, que cuenta con una versión para padres y profesores y está validado en nuestro país por Servera y Cardo en 2008. El Test de Conners o el SNAP-IV están, igualmente, validados para la población española. Entre los segundos, está el SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) de Goodman y el CBCL (*Child Behavior Checklist*) de Achenbach⁽²²⁾. En el estudio proponemos la introducción de las escalas DSM-5 (de 2013) y la ADHD (Du Paul, 1998)⁽²²⁾, como apoyo a los profesionales para el diagnóstico. Es una escala que puede servir tanto en el diagnóstico como en el seguimiento hasta su remisión total o parcial. Estas escalas irán apoyadas por las escalas generales de ansiedad y/o depresión en los pacientes que así lo requieran.

La cuarta patología que hemos incluido en el proyecto es la depresión, por su incidencia creciente y por su alto impacto en la salud, principalmente en la adolescencia. Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2017)⁽²³⁾, la prevalencia global en niños del trastorno depresivo mayor (TDM) se estima en 0,6%, del 4% en adolescentes de 12 y 17 años, y del 9% en jóvenes de 18 años, cifras parecidas desde la encuesta del 2006. Antes de la pubertad, la prevalencia de depresión no difiere según sexo⁽²³⁾. Entre adolescentes, sin embargo, la prevalencia es mayor para el sexo femenino, con una razón 2:1. En la infancia, a día de hoy, continúa siendo una entidad infradiagnosticada, lo que se traduce en mayor número de complicaciones y comorbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta. La evidencia científica durante la pandemia ha acreditado la patología de base que estaba latente en la población

pediátrica y que se ha agravado o debutado durante la misma⁽²³⁾. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre 2 y 4 veces superior de persistencia de la enfermedad en la edad adulta⁽²⁵⁾. El presente estudio pretende la utilización de diversas escalas, como el cuestionario de depresión infantil (CDI) y el cuestionario de depresión para niños (CDS)^(25,26), entre otras, con el objetivo de evaluar la aplicabilidad, la mejoría de los escores de seguridad de los profesionales y el grado de satisfacción de los pacientes. Permitirá, al igual que en el resto de patología incluidas, mejorar la comunicación con atención especializada, acercando conocimientos y pudiendo transmitir de manera más objetiva la gravedad del paciente.

Al igual que la depresión, la ansiedad ha trascurrido paralela en la infancia y adolescencia. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dicho trastorno oscila entre un 3% y un 21%⁽²⁷⁾. Por otra parte, es frecuente la concomitancia de varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente. Un 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más subclases de trastornos de ansiedad. La ansiedad puede formar parte además de un gran número de cuadros clínicos en la infancia. En este periodo de la vida, existe cierta incapacidad madurativa para relacionar los síntomas físicos con problemas emocionales y con frecuencia son formas de aprender a resolver conflictos por imitación o identificación con sus figuras de referencia. Sin embargo, las repercusiones a largo plazo de una ansiedad persistente afectan a la autoestima, al funcionamiento interpersonal y a la adaptación social⁽²⁸⁾. Mediante la escala de ansiedad para niños (SCAS) y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAIC)^(27,28), principalmente, se dotará de herramientas, previa formación, para el manejo y derivación de los pacientes. Al igual que en resto de patologías incluidas, se medirán los conocimientos y actitudes previas y posteriores al aprendizaje y uso, al igual que el grado de satisfacción de los profesionales y pacientes. Se medirá, además, el grado de mejoría en la interrelación entre los niveles asistenciales.

En quinto lugar, incluimos una patología psiquiátrica emergente en las consultas de atención primaria, de difícil despistaje y abordaje, como son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los TCA representan la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes, después del asma y la obesidad. La prevalencia en la población se sitúa en 0,3% para anorexia nerviosa, 1% para bulimia nerviosa y 1% para el trastorno por atracones muchas veces asociado a obesidad. Los trastornos de alimentación son más frecuentes en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida

hay estudios que encuentran que el 40% de los adolescentes hacen o han hecho dieta y que el 13% desarrolla algún trastorno alimentario, siendo más probable el trastorno por atracones, seguido de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa. En Europa, un 2-3% de mujeres presentan trastornos alimentarios, frente a un 0,3-0,7% de varones (10:1)⁽²⁹⁾.

Dentro de este trastorno incluiríamos 4 categorías diferenciadas, según el manual de diagnóstico DSM-5: La anorexia nerviosa, la bulimia, el trastorno por atracón y el trastorno de evitación o restricción de ingesta de alimentos. Mediante el test de actitud frente a la alimentación (EAT 40/CHEAT-26), el *Eating Disorder Inventory* (EDI) y el *Body Shape Questionnaire* (BSQ)³², principalmente, se dotará de herramientas, previa formación, para el manejo y derivación de los pacientes. Al igual que en resto de patologías incluidas, se medirán los conocimientos y actitudes previas y posteriores al aprendizaje y uso, al igual que el grado de satisfacción de los profesionales y pacientes. Se medirá, además, el grado de mejoría en la interrelación entre los niveles asistenciales. Estas herramientas dotarán a los profesionales de herramientas de cribado, por un lado, y de herramientas para la discriminación de las variantes y la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria⁽³⁰⁻³²⁾.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, se incluye una patología altamente prevalente como los trastornos de sueño. Resulta una patología de abordaje creciente en los últimos años, con mayor sensibilización por parte de los profesionales y de las familias. La proporción de niños que los padecen de forma transitoria es muy elevada, pero además se estima que hasta el 30% de la población infantil tiene alteraciones crónicas del sueño y los pacientes con patología neurológica tienen mayor riesgo de padecerlos⁽³³⁾. El sueño es un estado fisiológico activo cuya ausencia o alteración produce efectos adversos significativos. La privación o la mala calidad del sueño en el niño repercute en el rendimiento escolar y en estado de humor, y la alteración crónica puede tener también repercusiones físicas, especialmente fallo de medro, por lo que es importante diagnosticar el trastorno a tiempo y realizar el tratamiento adecuado. En el estudio realizaremos la formación en cuestionarios de cribado (generales como PSQ, BISQ y BEARS, en función de las edades)⁽³⁴⁾, uso de las agendas de sueño y tablas de percentiles, rutinas de higiene del sueño y algoritmo de manejo en función de las guías de práctica clínica. Al igual que en las anteriores, se medirán los conocimientos y actitudes previas y posteriores al aprendizaje y uso, al igual que el grado de satisfacción de los profesionales y pacientes.

Esperamos que el proyecto pueda aumentar las capacidades de los pediatras y sus recursos para afrontar las

diferentes patologías incluidas. Aportará evidencia para justificar la inclusión de las escalas en cartera de servicios y en las guías asistenciales. Confiamos que la participación de los profesionales pueda ser suficiente para que se obtengan resultados concluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Terraza Núñez R, et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-95
2. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública.* 2005; 79: 633-43.
3. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria.* Barcelona: Masson; 2003. p. 17-89.
4. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2002; 327: 1219-21.
5. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. *Remaking health care in America.* 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
6. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor. *Atención primaria.* Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
7. Condón A.I. Ethics in the coordination between levels of care. Value of engagement and involvement in the healthcare organization. Tesis doctoral 2017
8. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev.* 2004; 5(Suppl 1): 4-85.
9. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet.* 2010 May 15; 375(9727): 1737-48.
10. Freedman DS, Dietz W, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics.* 1999; 103: 1175-82.
11. Valdes Pizarro J, Royo-Bordonada MA. Prevalence of childhood obesity in Spain: National Health Survey 2006-2007. *Nutr Hosp.* 2012; 27(1): 154-60.
12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud (ENS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (accedido el 1 de Nov. de 2009) Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
13. Napoleón Pérez Farinós et al. The ALADINO Study: A National Study of Prevalence of Overweight and Obesity in Spanish children in 2011. *Biomed Res Int.* 2013; 2013: 163687.
14. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Leizaola Olarreaga L, Solorzano Sánchez C, García Conde G, Aguirre Sorondo B, Totoricaguena Imaz A y cols. Protocolo del estudio: abordaje del sobrepeso en Atención Primaria. Papel de la entrevista motivacional. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014; 16: e199-e207.
15. Colomer Revuelta, J. Prevención de la obesidad infantil. Recomendación. En *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS.* Actualizado octubre 2004.
16. Edo Martínez Á, y cols. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12: 53-65.
17. Palomo Atance E, Bahillo Curieses P, Bueno Lozano G, Feliu Rovira A, Gil-Campos M, Lechuga-Sancho AM, et al. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica sobre hábitos de alimentación para la prevención de la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular en la infancia. *An Pediatr.* 2016; 84(3): 178.e1-178.e7.
18. Carvajal-Urueña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales M, García de Andoin N, Batlles-Garrido J, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41: 659-66.
19. García-Marcos L, Quirós AB, Hernández GG, Guillén-Grima F, Díaz CG, Ureña IC, et al. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy.* 2004; 59: 1301-7.
20. Guía Española para el Manejo del Asma (Gema 5.1), actualización del 2021.
21. Rodríguez Molinero, López Villalobos. J.A, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera M T, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009; 11(42): 251-70.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [consultado 5 jul 2021]. Disponible en: <https://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
24. Canals J, Marti-Henneberg C, Fernandez-Ballart J, Domenech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Europ Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 4(2): 102-110.
25. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry.* 1999; 156(1): 133-5.
26. Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and adolescent psychiatry.* 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2005.

27. Ochando G. La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2008; XII(9): 901-06.
28. Ochando G, Peris SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(9): 707-14.
29. Ruiz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPap, editor. *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Exlibris Ediciones. 2005. p. 265-80.
30. Escribano Ceruelo E, Jiménez García R. Detección precoz e intervención del pediatra en los trastornos de la conducta alimentaria. En: AEPap, editor. *Congreso de Actualización Pediatría 2020*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 137-46.
31. Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [en línea]. 2010; 1(1): 62-75.
32. Losada AV, Marmo J. *Herramientas de evaluación en trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española; 2013.
33. *Guía de práctica clínica del SNS*. 2012.
34. Stores G, Wiggs L. *Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: its significance and management*. London: Mac Keith Press; 2001.

Mesa redonda: Ejemplos exitosos de coordinación Pediatria Primaria y Especializada

Formación conjunta continuada. Una apuesta en curso

M.T. VIADERO UBIERNA

F.E.A. Pediatría. Cardiología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

FORMACIÓN CONTINUADA. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Según la propia definición recogida en la web del Ministerio de Sanidad, la formación continuada es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

La formación continuada tiene entre sus objetivos:

- Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
- Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
- Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios
- Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
- Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema

general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

Se trata por tanto de un proceso que tiene su interés para los profesionales sanitarios, que al actualizar sus conocimientos y capacidad de comunicación se sienten más satisfechos en el desempeño de su actividad, así como interés para el propio sistema y su gestión ya que va a permitir un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En los años 80 del siglo XX se gestó en nuestro país una importante reforma sanitaria, estableciéndose dos niveles fundamentales de asistencia: la Atención Primaria (AP) y la Atención Especializada (AE).

Estas reformas vienen recogidas fundamentalmente en las siguientes leyes: el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud 137/1984, la Ley General de Sanidad 14/1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003.

Nuestra especialidad, la Pediatría, es la única que mediante profesionales con una formación especializada hospitalaria común, desarrolla funciones complementarias desde ambos ámbitos.

Todos los pediatras, ya sea nuestro ámbito de trabajo la AP o la AE, tenemos una perspectiva común que es la medicina integral de la infancia y la adolescencia.

Correspondencia: Dra. María Teresa Viadero Ubierna. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Correo electrónico: maiteviadero@yahoo.es

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

A continuación, desgranaremos las funciones de los pediatras en ambos ámbitos.

Las funciones del pediatra de AP son las siguientes:

- Ser el responsable de la atención integral del niño, desarrollando esta atención en un entorno familiar y comunitario.
- Ser el gestor y coordinador de casos.
- Regular los flujos de atención, decidiendo en cada caso si el niño puede ser remitido a su domicilio o a AE por sus diferentes vías (urgencias, consultas externas, realización de exploraciones complementarias, etc.).
- Debe ser capaz de atender patologías de todas las especialidades, de modo que su formación en pediatría general debe ser extensa y profunda, siendo capaz de detectar la patología importante entre los múltiples motivos de consulta que atiende y sabiendo cuándo es necesaria la participación de otros profesionales.
- Encargarse de la prevención y promoción de la salud, así como de la educación sanitaria.
- Encargarse, desde su ámbito, de la atención los enfermos crónicos y terminales.
- Todas estas funciones las desarrolla desde un régimen ambulatorio.

Las funciones del pediatra de AE son las siguientes:

- La asistencia pediátrica que por su complejidad o circunstancias no pueda ser desempeñada en AP y hasta que pueda reinsertarse a dicho nivel. Para ello tiene a su disposición técnicas de diagnóstico y tratamiento más complejas con el fin de restaurar la salud lo más pronto posible.
- Se encargará también, desde su ámbito, de promocionar la salud y colaborar en acciones que conduzcan al fomento de esta.
- Es el encargado del seguimiento de los pacientes con patologías crónicas y enfermedades terminales, en coordinación con el pediatra de AP.
- Todas estas funciones las puede desarrollar un régimen: ambulatorio (preferiblemente) y/o de hospitalización de día o convencional.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA (CANTABRIA)

Limitándonos a hablar de la sanidad pública, existen actualmente en nuestra Comunidad Autónoma (CCAA), Cantabria, ochenta y cinco pediatras de Atención Primaria

que desarrollan su trabajo en alguna de las cuatro Áreas de Salud de la Comunidad: I (Santander), II (Laredo), III (Reinosa) y IV (Torrelavega). Además, y ante la escasez de pediatras de AP que desde hace unos años venimos sufriendo, hay médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que se encargan de la atención pediátrica en aquellos cupos que no pueden ser cubiertos por un pediatra.

En cuanto a Atención Especializada, contamos en nuestra comunidad con cuatro Hospitales públicos: el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander, el Hospital Comarcal de Laredo, el Hospital de Sierrallana en Torrelavega y el Hospital Tres Mares en Reinosa. Si bien en todos ellos se ofrece atención general de urgencias las 24 horas del día a cualquier rango de edad, únicamente en los tres primeros se ofrece atención por parte de especialistas de Pediatría.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), centro terciario, es el centro de referencia para la atención pediátrica de la comunidad, siendo el único que dispone de consultas externas de subespecialidades pediátricas, así como de unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos.

En la actualidad, el Servicio de Pediatría del HUMV ofrece en el ámbito de las consultas externas, 9 subespecialidades pediátricas atendidas por diecisiete pediatras con formación específica en las siguientes áreas: Neuropediatría, Oncología, Gastroenterología y Nutrición, Endocrinología, Nefrología y Metabolismo, Cardiología, Neumología, Infectología y Neonatología. Así mismo, en el HUMV, aparte del Servicio de Pediatría, se ofrece atención pediátrica por parte de otras especialidades: Cirugía Pediátrica, Traumatología y Ortopedia, Hematología, Alergología, Dermatología, Reumatología, Radiología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial.

En esta charla y en este capítulo nos aproximaremos fundamentalmente al ámbito de la Pediatría de AP y al ámbito de las subespecialidades pediátricas propiamente dichas que ofrecen atención en consultas externas del Servicio de Pediatría del HUMV.

SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA CONJUNTA Y LA COORDINACIÓN ENTRE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA

Hasta hace aproximadamente 10 años, se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria (UC) el Curso de Asistencia Primaria en Pediatría que organizaba el Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Dirigido por la profesora María José Lozano de la Torre, pediatra del

HUMV actualmente jubilada, tenía por objetivo la actualización de temas de interés para la Atención Primaria en Pediatría. Encuadrado en el Programa de Cursos de Formación Continua de la UC, estaba dirigido a aquellos profesionales encargados de la atención Pediátrica: pediatras, Residentes de la especialidad, Médicos de Familia y diplomados en Enfermería. Con más de treinta ediciones y de periodicidad anual, se trataba de un curso muy valorado por los profesionales de la CCCAA, con gran éxito de asistencia pero que, tras jubilarse la Dra. Lozano dejó de organizarse.

Este curso servía de lugar de encuentro entre los profesionales de los dos ámbitos y, además de su valor por la formación continuada propiamente dicha, servía de lugar de encuentro donde comentar casos, consensuar actuaciones, acercar posturas y, en resumen, conocernos mejor y trabajar de una forma más coordinada. El éxito de este curso, analizándolo con la perspectiva del tiempo, radicaba en varias fortalezas: lo coordinaba la Dra. Lozano, pediatra de AE junto con distintos profesionales de AP, encabezados por la Dra. Belén Martínez-Herrera; se realizaba en un espacio común a todos (la Facultad de Medicina) y no en el ámbito hospitalario y, a continuación del curso, se servía un sencillo aperitivo que servía para continuar el debate posterior de una forma distendida, favoreciendo el conocimiento mutuo y la coordinación.

A pesar de tener una misma formación hospitalaria, incluso muchos de nosotros habiendo realizado la residencia en el HUMV, en los últimos años hemos asistido en nuestra comunidad autónoma a un progresivo alejamiento entre los pediatras de ambos ámbitos.

Cuando siendo conscientes de esta situación nos propusimos mejorarla, investigamos acerca de la situación en el resto de España, observando que estos problemas identificados en nuestra CCAA se repetían en el resto del país.

En distintos artículos y estudios que revisamos observamos que identificaban similares problemas:

- Falta de comunicación y diálogo entre niveles.
- Desconocimiento de las actividades reales “del otro nivel”.
- Idealización de los medios hospitalarios desde AP. En ocasiones con expectativas poco realistas que se transmiten a los pacientes y que generan frustración.
- Falta de “visión integral del paciente”.
- Falta de consideración profesional (mutua).
- Falta de uniformidad de criterios.
- Falta de seguimiento por parte del pediatra de AP a pacientes hospitalizados.
- Retención excesiva de los pacientes en circuitos hospitalarios una vez que están inmersos en este nivel.

- Masificación de la asistencia en los dos niveles, lo que genera agotamiento de los profesionales y dificulta dedicar tiempo (y ganas) a la coordinación y a la formación.
- Baja estabilidad laboral: OPEs, traslados... con movimiento continuo de los profesionales, lo que dificulta la figura del pediatra de referencia de AP a ojos de los pediatras de AE así como de los propios pacientes.
- Problemas de falta de comunicación entre los pediatras de AP y AE: poco conocimiento personal, falta de sesiones/reuniones conjuntas, percepción de desconsideración mutua.
- Problemas desde el punto de vista organizativo: falta de protocolos asistenciales conjuntos, falta de sensación de “formar equipo”, percepción por parte de los pediatras de AP de falta de formación en algunos terrenos muy específicos de la especialidad.
- Falta de vocación de los residentes de Pediatría por la AP. Si bien hace unos años una gran proporción de residentes de Pediatría orientaba su formación a la AP, en la actualidad únicamente dos-tres de cada diez residentes se decantan por esa opción laboral. Este cambio de tendencia podría atender a varios motivos: la pequeña proporción del periodo formativo que se dedica a la AP y la falta de coordinación y de conocimiento mutuo entre ambos niveles, lo que favorece que los pediatras en formación prefieran el medio hospitalario que es el que mejor conocen.

Estas dificultades que acabamos de describir no hicieron sino empeorar con la llegada de la pandemia por el SARS-CoV-2 en el año 2020. Ante una situación sanitaria de tal magnitud, las patologías relacionadas con el COVID ocuparon la mayor parte de la asistencia, relegando a un segundo término el resto de patologías y de motivos de consulta. Se modificaron los circuitos asistenciales, se restringieron a lo imprescindible las visitas presenciales, se suspendieron los congresos y cursos formativos y proliferaron los webinars dedicados al COVID como única temática.

PROPUESTAS DE MEJORA EN FORMACIÓN CONTINUADA CONJUNTA Y EN COORDINACIÓN ENTRE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CANTABRIA

Tras la identificación de estos problemas nos propusimos, desde el área de consultas externas del Servicio de Pediatría del HUMV, trabajar en la mejora de la coordinación y la formación continuada conjunta entre Pediatría de AP y AE.

Se identificaron distintos ámbitos de mejora en la coordinación entre niveles: asistencial, docente, investigadora,

organización y gestión, proponiéndonos mejorar en los siguientes aspectos:

- Coordinación asistencial:
 - Mejorar en general la comunicación de datos de un mismo paciente.
 - En cuanto a las derivaciones a AE: establecer cuándo derivar, cómo hacerlo, pautas de seguimiento conjunto, criterios de alta de AE y continuación de seguimiento en AP.
 - Mejorar en los informes de derivación a AE, especificando: ¿qué sospecho? ¿por qué/para qué lo derivó?.
 - Mejorar los informes de AE: emitir diagnósticos claros, especificar qué espero en la evolución y/o con los tratamientos, por qué motivo lo sigo, qué explico a los familiares etc.
 - Mejorar en el seguimiento conjunto de los pacientes complejos, pluripatológicos y terminales.
 - Conseguir un incremento de la satisfacción profesional (conseguir sensación de “equipo”) así como del usuario que percibe tanto la coordinación, como la falta de la misma, generando desconfianza en los profesionales.
- Coordinación docente:
 - Realizar reuniones periódicas entre los pediatras del mismo área y del Hospital de referencia.
 - Realizar revisiones periódicas de casos clínicos, sesiones bibliográficas o temas de actualidad.
 - Creación de protocolos/guías prácticas/planes de atención continuada.
 - Es fundamental que, en estos cursos, reuniones, guías, protocolos participemos profesionales de ambos niveles, que favorezca de forma real implementarlos en la práctica y mejorar el conocimiento mutuo con las posibilidades y limitaciones reales de cada uno. Está ampliamente demostrado que los protocolos de derivación o seguimiento elaborados de forma unilateral desde AE para que sean “acatados” desde AP solo generan malestar, desconfianza y falta de implementación real.
- Coordinación en investigación:
 - Realización de ensayos clínicos, publicaciones y trabajos conjuntos: es habitual en nuestro medio que los pediatras de AP encuentren más dificultades para desarrollar estas facetas en su ámbito laboral. Estas actividades sirven para mejorar la autosatisfacción y el curriculum de los profesionales, así como para desarrollarse en cuestiones más “terrenales” como la obtención de una plaza fija o la mejora en la carrera profesional.
- Coordinación en gestión:
 - Se debe definir y conocer por todos, la cartera de servicios; el mapa de recursos humanos y estructurales: tener el listado de nombres de los pediatras especialistas y pediatras de AP, lugar de trabajo, contacto, mail.
 - Disponer de una historia clínica digital de acceso común. En este sentido hace ya años que en nuestra CCAA esto se puso en marcha, constituyendo una mejora muy sustancial para los profesionales que podemos leer directamente los informes o evolutivos de los compañeros sin ser la información a través de las familias, con todas sus limitaciones, la única vía informativa. El año pasado hemos implementado además en nuestro servicio la creación de informes diferenciados de las siguientes subespecialidades pediátricas en la historia clínica electrónica (previamente todos ellos aparecían bajo el nombre genérico “informe de consulta de Pediatría”).
 - Potenciar el trabajo de “filtro” del pediatra de AP y el de “consultor” de AE.
 - Potenciar la telemedicina como forma de trabajo coordinado entre niveles. Disponer de las herramientas informáticas para poder hacerlo, así como del tiempo necesario dentro del horario laboral para el desarrollo de la misma.
 - Mejorar en la compensación profesional y económica del trabajo coordinado.
 - Mejorar la estabilidad laboral que permita que todos estos proyectos puedan llevarse a cabo y tengan una continuidad.

PROYECTOS EN CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA CONJUNTA ENTRE PEDIATRÍA DE AP Y DE AE DE CANTABRIA

Los proyectos que actualmente tenemos en marcha en nuestra CCAA son los siguientes: la conexión telemática de los pediatras de AP a las sesiones del Servicio de Pediatría del HUMV, la elaboración de protocolos asistenciales conjuntos, la publicación de un libro con dichos protocolos, así como la realización de cursos de formación continuada.

Conexión telemática de los pediatras de AP a las sesiones del Servicio de Pediatría del HUMV

A consecuencia de la pandemia y la limitación de las reuniones presenciales comenzamos, en el Servicio de Pediatría del HUMV, a realizar las sesiones (cambios de guardia, monográficas, bibliográficas, de revisión, casos clínicos etc)

de forma telemática, a través del servicio de videoconferencia encriptado (videomeet) del HUMV.

Aprovechando esta plataforma, se amplió el acceso a todos los pediatras de AP interesados, pudiendo visualizarlas y participar activamente en las mismas desde sus centros de trabajo.

Elaboración de protocolos asistenciales conjuntos

Hemos elaborado un total de 18 protocolos conjuntos entre 33 profesionales (15 pediatras de AP y 18 pediatras de AE de las consultas externas de subespecialidades pediátricas del HUMV).

La propuesta surgió desde la Jefatura de Servicio (la Dra. María Jesús Cabero) y de las consultas externas del Servicio de Pediatría del HUMV. Las limitaciones impuestas por la pandemia, nos obligaron a tener que contactar con los compañeros de AP a través de los mails corporativos, siendo esa la primera dificultad real que nos encontramos (el acceso a los compañeros) y los que nos motivó para seguir avanzando en la mejora de la coordinación entre niveles.

Desde AE se propusieron varios temas por subespecialidad, atendiendo a los motivos de derivación más frecuente. Tras negociar los temas con los compañeros de AP y ver cuáles eran sus intereses reales, consensuamos elaborar los siguientes protocolos:

- Endocrinología: obesidad; pubertad precoz; hipertiroidismo.
- Neumología: asma; tos crónica; disnea de esfuerzo.
- Gastroenterología: diarrea crónica; estreñimiento; dolor abdominal crónico.
- Cardiología: palpitaciones; síncope; dolor torácico.
- Nefrología: infección del tracto urinario; enuresis.
- Neuropediatría: cefaleas; epilepsia, crisis no provocadas y provocadas; deformidades craneales y alteraciones del perímetro cefálico.
- Infectología: tuberculosis.

De forma voluntaria, nos distribuimos para trabajar en grupos mixtos de entre 4-6 pediatras por cada protocolo. Estos fueron elaborados con las siguientes premisas: que fueran basados en la evidencia, prácticos, fácilmente aplicables y ajustados a los recursos disponibles en nuestro ámbito de trabajo.

Cada grupo de trabajo mixto elaboró y discutió un documento que recogiera los datos más importantes a recoger en la historia clínica, la realización de pruebas diagnósticas, indicación de tratamientos, los criterios de derivación a AE y el seguimiento conjunto. Muchos de ellos han incluido además algoritmos de diagnóstico y tratamiento, así como anexos con tablas, gráficas o figuras además de hojas informativas para las familias en algunos de los temas.

Una vez elaborados por los autores, los protocolos fueron revisados y aprobados por todo el grupo, tras discutir y consensuar las aportaciones pertinentes por parte del resto de pediatras.

Todos los protocolos han sido plasmados bajo un formato común, el del Servicio Cantabro de Salud y aprobados, por parte de AE, por la Jefa de Servicio de Pediatría del HUMV y, por parte de AP, por el Director Médico de AP.

Publicación de un libro de protocolos conjunto

De acuerdo con el objetivo de coordinación en actividad investigadora, estos protocolos se van a recoger en un Libro que editará el Colegio de Médicos y que estará a disposición de todos los profesionales interesados.

Realización de cursos de formación continuada conjuntos

Hasta el momento, hemos realizado dos cursos de formación continuada conjunta. El primero de ellos, de forma telemática, titulado "Coordinación Pediatría Atención Primaria – Atención Especializada", se realizó en formato "píldoras" breves de 10 minutos de duración, cada una de ellas dedicada a una subespecialidad y presentada por uno de los autores del protocolo respectivo, ya fuera de AP o de AE.

El segundo de ellos, "Actualización y coordinación pediátrica", ya en formato presencial con la mejora de los datos de la pandemia, de periodicidad semanal y de cinco meses de duración para poder completar la difusión del resto de protocolos elaborados. En este caso la presentación se está llevando a cabo por parte de un pediatra de AP y otro de AE de forma conjunta. Los objetivos específicos de este curso presencial han sido, además de presentar los protocolos restantes elaborados en el ámbito de la Pediatría de Atención Primaria y de las Consultas de Especialidades del Servicio de Pediatría del HUMV, fomentar la coordinación entre los profesionales implicados en la atención de los pacientes pediátricos de modo que repercuta en una mejor asistencia a los mismos y servir de lugar de encuentro periódico donde comentar y consensuar actuaciones entre los distintos especialistas implicados en la atención de los pacientes pediátricos.

PROYECTOS FUTUROS

A partir de estas actividades que son ya una realidad, nos gustaría desarrollar más adelante nuevos proyectos de coordinación y formación continuada conjunta, como por ejemplo:

- Ampliar protocolos: realizar mas protocolos por especialidad, extenderlos a otras especialidades y áreas del Servicio, a otros Hospitales de la comunidad, así como a otros especialistas no pediatras.
- Mejorar el desarrollo de la telemedicina y de la e-consulta. Aunque desde nuestro servicio ya realizamos telemedicina con otros hospitales de referencia nacionales, esta actividad se podría extender a la Pediatría de AP. Ambas herramientas facilitarían la valoración conjunta y puesta en común de pacientes pudiendo evitar derivaciones ante dudas fácilmente resolubles por esta vía, facilitaría el seguimiento conjunto y mejoraría, en resumen, la atención de los pacientes pediátricos.
- Actividad investigadora: sería muy deseable promover la actividad investigadora conjunta: publicaciones, presentaciones de casos clínicos, series de casos, revisiones en congresos etc.
- Realización de nuevos cursos de formación continuada sobre temas de interés mutuo y con ponentes de ambos ámbitos.
- Intercambio de rotaciones: en algunas publicaciones se promueve la realización de rotaciones temporales tanto de pediatras de AP en especializada, como de pediatras de AE en primaria, con el fin de actualizarse ante nuevos abordajes de las patologías, nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas implantadas recientemente y además, mejorar el conocimiento mutuo de las actividades diarias reales de los compañeros.
- Encuesta sobre necesidades: a corto plazo otro de nuestros objetivos es realizar una encuesta a los pediatras de AP y de AE para conocer la situación real de los especialistas de la comunidad y así poder abordar mejor otros posibles proyectos de mejora.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en especial a la Dra. M^a Jesús Cabero, Jefa de Servicio de Pediatría del HUMV, por haber alentado este proyecto; a la Dras. Sandra Llorente, Elena Güemes y Montserrat Matilla, por su inestimable ayuda en toda la labor organizativa; al Colegio Oficial de Médicos de Cantabria, por darnos tantas herramientas para hacerlo posible y a los compañeros que con su trabajo desinteresado lo han hecho realidad: Dra. Ana Tejerina, Dra. Diana Gutiérrez, Dra. Lucía Pérez, Dr. Alberto Bercedo, Dra. Alicia González de la Rosa, Dra. María Escorial, Dra. Rosario González, Dra.

Ana Rubio, Dra. Elena Güemes, Dra. M^a Carmen Poza, Dr. Pedro Cantero, Dra. Puerto Gallego, Dra. Maribel Vega, Dra. Montserrat Matilla, Dra. M^a José Martínez Chamorro, Dra. Elena Pérez Belmonte, Dra. Rocío Sancho, Dra. Cristina Álvarez, Dra. Beatriz Jiménez, Dra. María Pérez Poyato, Dra. Andrea Sariago, Dra. Virginia Oreña, Dra. Laura Bertholt, Dra. Cristina Naranjo, Dr. Pablo Alonso, Dr. Salvador García-Calatayud, Dr. Luis de la Rubia, Dra. Mirian Palacios, Dr. Domingo González-Lamuño, Dr. Jesús Garde y Dra. Natalia Fernández.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(2): 357-82.
2. March Cerdà JC, Prieto MA, Gutiérrez P, Carmona G. y Equipo de Evaluación del PSMI. Profesionales y gestores ante la formación. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. *Aten Primaria.* 2001; 27(3): 172-7.
3. García-Sicilia López J. Mesa Redonda: Coordinación entre niveles asistenciales en pediatría. Coordinación entre niveles pediátricos de asistencia. *Bol Pediatr.* 2005; 45: 81-2.
4. García-Fuentes M. Necesidades de coordinación desde la perspectiva de un servicio universitario de pediatría. *Bol Pediatr.* 2005; 45: 91-2.
6. Martínez Suarez V. Estrategias de coordinación del pediatra extrahospitalario y de Atención Primaria. *Bol Pediatr.* 2005; 45: 258-61.
7. Bercedo-Sanz A. Pediatría de atención primaria y atención especializada. ¿Es posible la coordinación e integración profesional? *Bol Pediatr.* 2005; 45: 83-90.
8. Cansino Campuzano Á, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Pérez Pérez AM. Retos profesionales de la pediatría del siglo XXI: hacia dónde vamos. Consideraciones dos años después. *Canarias Pediátrica.* 2019; 43(2): 88-93.
9. Atención Pediátrica de Atención Primaria. Propuesta de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Ed 1. Fecha: 05/05/2018
10. García Rebollar C. Primaria y Especializada, ¿hacemos protocolos conjuntos? El modelo Gastro Sur-Oeste. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2015; 8(1): 1-2.
11. Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, Starfield B, Rajmil L. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. *An Pediatr (Barc).* 2011; 75(4): 247-52.
12. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-95.

Mesa redonda: Ejemplos exitosos de coordinación Pediatria Primaria y Especializada

Residentes de Pediatria en ambos niveles. La Formación en Atención Primaria

M. GARRIDO REDONDO

Pediatra de Atención Primaria. SACYL

En una mesa que trata sobre ejemplos exitosos en coordinación mi objetivo va a ser argumentar cómo el centro de salud, al igual que el hospital, debe jugar un papel primordial en la formación de los médicos internos residentes (MIR) de Pediatría, y esto nos obliga a coordinarnos en esta labor. Sin embargo, la situación actual que vivimos es la de una formación fundamentalmente orientada hacia el hospital y sus subespecialidades hospitalarias, con una rotación en Atención Primaria insuficiente que refleja de alguna manera la escasa valoración que se da en general al papel de este nivel asistencial para cumplir con todos los objetivos que se proponen en el plan de formación del residente de Pediatría⁽¹⁾.

LA COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA- ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PEDIATRÍA

Tras la reforma sanitaria española en la década de los 80 se establecieron los dos niveles de atención sanitaria: la Atención Primaria (AP) y la Atención Hospitalaria (AH), cada una con unas funciones específicas, que dieron al pediatra del Centro de Salud el papel de principal responsable del paciente, de atención integral a la salud de niños y adolescentes y eje del sistema sanitario, y al especialista hospitalario el papel de consultor y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto grado de especialización.

Esta reforma, coincidente con el necesario y gran desarrollo de las subespecialidades pediátricas, ha llevado a que,

en el momento actual, tanto la formación del pediatra como la labor asistencial pediátrica tengan el reto fundamental de hacer frente a la coexistencia de la Pediatría en ambos niveles, siendo la coordinación entre ellos una necesidad prioritaria con el fin de lograr una mejor organización y gestión sanitaria.

Uno de los obstáculos más frecuentes cuando se aborda el tema de la coordinación entre niveles es que habitualmente se hace desde una perspectiva unidireccional con punto de partida hospitalario, pero es necesario asumir que el nivel primario puede y debe contribuir a la mejora de la asistencia hospitalaria y al intercambio de conocimientos, con puntos de encuentro que sean valorados positivamente por ambos niveles, por lo que esta coordinación debería establecerse de forma bidireccional y en todas las facetas del quehacer pediátrico: asistencia, docencia, investigación y gestión, algo que todavía estamos lejos de alcanzar, entre otros motivos porque el modelo de atención en el que la AP tenía un papel clave está en crisis⁽²⁾, lastrado por el déficit inversor, la ausencia de reformas, unas condiciones laborales poco atractivas o la inadecuada distribución de profesionales. Así la relación entre pediatras hospitalarios y de AP no se corresponde con la prevalencia de los problemas de salud infantiles.

Este desequilibrio de profesionales entre los dos niveles asistenciales ha sido alertado desde hace tiempo por las distintas Sociedades Pediátricas y así en el informe técnico elaborado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 2018⁽³⁾ se sugería redireccionar a las nuevas generacio-

Correspondencia: Mercedes Garrido Redondo. Pediatra de Atención Primaria. SACYL
Correo electrónico: merchegarrido2@gmail.com

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

nes hacia la AP donde pueden atenderse los problemas más prevalentes de salud y dejar a la AH la atención de los problemas de alta especialización.

Este desequilibrio también se ha reflejado en la escasa coordinación también en la formación. Así, aunque en España desde siempre la atención primaria de salud de la población infantil ha corrido a cargo mayoritariamente de pediatras, la formación de especialistas en Pediatría sigue siendo propiedad casi exclusiva de los hospitales, sin tener en cuenta que la mayoría de los nuevos pediatras trabajarán en el primer nivel asistencial. Un ejemplo llamativo es que en el cumplimiento del programa oficial de la especialidad la rotación en los centros de salud ocupa solo un 6% del tiempo de formación MIR y es la única en la que existe una limitación temporal, añadido a que la Pediatría de AP apenas está representada en las comisiones de docencia y órganos de decisión sobre aspectos de la formación MIR^(4,5).

Todo ello hace que la rotación del MIR en AP no haya desarrollado toda su potencialidad y se vea como una rotación más, con escaso contenido por su duración, y en un nivel asistencial que consideran ajeno, por la falta de integración de los profesionales de ambos niveles, sin que hayamos sido capaces de aprovechar los recursos que se ofrecen en la Atención Primaria para la formación del residente.

De esta forma cuando el pediatra termina su período de formación y comienza a trabajar fuera del hospital puede aparecer el “síndrome del pediatra insatisfecho”, derivado de una formación casi exclusivamente hospitalaria y del hecho de que la AP es infravalorada, incluso por los propios profesionales sanitarios, sin dar importancia a la labor propia de ofrecer al niño una medicina integral que no puede ofrecerse en el hospital.

A todo ello se suman los problemas organizativos con una inadecuada acreditación de tutores de Pediatría en Atención Primaria, insuficiente reconocimiento y participación en las comisiones de docencia y escaso valor a un programa docente de Pediatría de AP que pueda integrarse en el período de formación del MIR de Pediatría.

EL SISTEMA MIR EN PEDIATRÍA (FUNDAMENTOS LEGALES)

La rotación por Pediatría de AP fue durante décadas la gran olvidada en la formación MIR y solo desde 2006 forma parte del programa formativo.

Los decretos y regulaciones oficiales que desde 1978 apoyan la necesidad de la rotación por atención primaria son los siguientes⁽⁶⁾:

El Real Decreto 2015/78 de 15 de julio⁽⁷⁾, que reconoce las especialidades médicas entre las que se incluye la de Pediatría y sus especialidades e inicia la formulación de los contenidos teóricos y prácticos del programa de formación.

El primer programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría vio la luz en 1979 y en el mismo ya se contemplaba la necesidad de que el pediatra se formara en Pediatría comunitaria, destinando el 50% del contenido del programa al logro de entrenamientos en Pediatría extrahospitalaria; planteaba también que “los centros con docencia acreditada deben estudiar la posibilidad de integrar en el grupo docente a médicos pediatras de la zona próxima urbana o rural”, pero hasta el año 2006 no se reguló en España la rotación de MIR de Pediatría por Atención Primaria, lo que no fue obstáculo para que muchos pediatras en esos años, individualmente o de manera colectiva participaran activamente en el proceso de formación de esos MIR en AP.

En 1996, en la Guía de Formación de Médicos Especialistas del Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Sanidad y Consumo⁽⁸⁾, se incluye el nuevo programa de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas y se especifica que “el residente de Pediatría rotará por centros de Atención Primaria acreditados para la docencia en Pediatría” sin concretar la duración ni período específico en el que llevarlo a cabo.

En Julio de 2002 La Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) reconoce⁽⁹⁾ a los Centros de Salud como Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR en Pediatría, lo que es ratificado un año después por el Consejo Nacional de Especialidades.

En 2006, se dicta la Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 10 de mayo de 2006⁽¹⁰⁾ que establecía los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconoce que la actividad profesional de los especialistas en Pediatría en Atención Primaria de Salud está adquiriendo una creciente importancia y especifica la necesidad de que los Equipos de Atención Primaria se vinculen a las Unidades Docentes acreditadas para la formación de estos especialistas. Se establecen así mismo los Requisitos Generales de Acreditación que deben reunir los centros de salud.

En ese mismo año La Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre⁽¹¹⁾ aprobó el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas en el que se establecía por primera vez la rotación obligatoria por AP durante tres meses.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas comienza el proceso de acreditación en el año 2007 y aunque la ubicación de los centros en unidades previamente acreditadas para la docencia de medicina familiar y comunitaria era condición necesaria, se han ido acreditando centros que no reunían esta característica.

En febrero de 2008 se publica el RD 183/2008⁽¹²⁾ en el que se crea una nueva figura para la formación de especialidades multidisciplinares, la Unidad Docente Multiprofesional (UDM) que en el caso de la especialidad de Pediatría permite la formación de médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas y enfermeros especialistas en Enfermería Pediátrica. En este documento se reconoce que las UDM deben contar necesariamente con dispositivos hospitalarios y de AP⁽¹³⁾, lo que implica el trabajo conjunto de cada una de sus partes, es decir, una necesaria coordinación hospital-AP.

OPINIONES DE TUTORES Y MIR SOBRE LAS ROTACIONES EN AP

A pesar de la importancia que la rotación en AP tiene para la formación del residente, no se le ha dado relevancia suficiente, como se observa en diferentes trabajos:

En el año 2008 el grupo de docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)⁽¹⁴⁾ elaboró una encuesta con el objetivo de conocer la opinión de los pediatras tutores y residentes implicados en la rotación por AP, observando la casi unanimidad en afirmar la necesidad de la rotación del MIR por AP pero con discrepancias en la duración y momento de esta y, aunque la opinión mayoritaria era partidaria de aumentar dicho periodo, para los pediatras de AP era insuficiente una rotación de 3 meses, duración establecida como obligatoria en la orden ministerial, pero para los MIR y pediatras de AH la duración más adecuada era de 1 o 2 meses. Se concluía que el hecho de no conocer el funcionamiento de AP puede ser un condicionante negativo para el residente, que puede percibir la rotación por AP como una sobrecarga en los saturados 4 años de formación y, por otra parte, puede resultarle innecesaria y poco atrayente.

Otro estudio, realizado en 2011⁽¹⁵⁾, analizó cómo se estaban desarrollando las rotaciones en la Comunidad de Madrid tras cuatro años y medio desde su inicio real, observando que casi tres de cada cinco residentes de Pediatría en esa Comunidad no realizaban adecuadamente la rotación obligatoria en AP. Solo había cinco hospitales madrileños donde los residentes de Pediatría rotaban los tres meses obligatorios por primaria. En este mismo trabajo se valoró

el grado de colaboración de los pediatras de AP en el diseño de las rotaciones, el control de estas...solo en dos hospitales los tutores hospitalarios y la comisión de docencia contaban con los pediatras de AP y solo en uno de los hospitales acreditados había un pediatra de AP formando parte de la Comisión de Docencia. La conclusión de este trabajo era que la formación en AP de los residentes de Pediatría madrileños era deficitaria, con una discrepancia llamativa entre lo que es la legalidad marcada por la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría de rotación obligatoria en AP de 3 meses y la realidad, en la que no se cumplía este periodo, a pesar de la gran escasez de pediatras en el primer nivel asistencial.

Una encuesta a residentes realizada por AEPap en 2018 (16) interrogó sobre las características de la rotación por AP resultando que solo un 15% de los encuestados la realizaban en los dos periodos de rotación establecidos y un 30% rotaba menos de 3 meses. Un 98% de los residentes opinaban que la rotación por atención primaria es necesaria y más del 50% consideraban que el tiempo de rotación adecuado sería de 4 meses.

Otra encuesta a residentes, del grupo de trabajo MIR de la AEP⁽¹⁷⁾, obtuvo resultados similares, destacando la necesidad de incrementar el tiempo de rotación.

El incremento de la duración del periodo de rotación de los MIR por PAP, además de favorecer su conocimiento, también aumentaría la capacidad docente de la Pediatría en su conjunto, porque durante los meses de rotación en AP, otro residente podría recibir formación en su puesto hospitalario. En un estudio realizado por el grupo de trabajo profesional AEPap se demostró que el hecho de aumentar el tiempo de rotación de tres a seis meses podría aumentar la capacidad docente actual en un 6%⁽¹⁸⁾.

¿QUÉ OFRECE LA PEDIATRÍA DE AP A LA FORMACIÓN DE LOS MIR?

La Pediatría de AP, a pesar de la visión que se tiene de ella, es un área de la especialidad muy compleja porque abarca el conocimiento de todas las demás⁽¹⁾.

La labor propia de la AP es ofrecer al niño una medicina integral, con una atención continuada a lo largo de su desarrollo e integrada en su entorno familiar y comunitario. Esta visión integral requiere conocer las características del niño normal y las variantes de la normalidad a lo largo de su desarrollo; detectar problemas y promover actividades preventivas, educar, ser competente en problemas de salud mental, dermatología, ortopedia y oftalmología entre otras;

trabajar en equipo con enfermería y otros profesionales implicados en la atención a la infancia: servicios sociales, educación, atención temprana; Todo ello añadido a labores compartidas con el hospital como es el seguimiento de pacientes con patologías crónicas y complejas, atender las urgencias, participar en las actividades docentes del equipo y en proyectos de investigación y gestionar la consulta. Todo ello ofrece al residente de Pediatría una excelente oportunidad para aprender Pediatría, ofreciendo la capacitación formativa en el terreno donde va a desarrollar su trabajo y que no puede ofrecerse en el hospital.

La mayoría de los pediatras españoles (65%) trabaja en AP, pero su formación se realiza en el ámbito hospitalario, que puede tener deficiencias en áreas relacionadas con la AP.

LA ESTRUCTURA DOCENTE Y EL MODELO FORMATIVO EN AP

La estructura docente constituye el armazón en el que se apoya el proceso de formación de residentes de cualquier especialidad dentro del sistema MIR⁽¹⁹⁾ formado por:

- la legislación específica
- la CNE de la especialidad correspondiente
- el programa docente de la especialidad
- las unidades docentes y las comisiones de docencia
- los hospitales y centros de salud
- los tutores acreditados
- los instrumentos y herramientas docentes;
- el sistema de evaluación de la docencia
- los residentes.

El programa docente es el guion para llevar a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje. Es un documento oficial, con fuerza legal, de uso obligatorio tanto para los tutores como para los residentes.

El primer programa de la especialidad de Pediatría data del año 1979 y tras varias modificaciones en 2006 se aprueba y publica el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, estableciéndose por primera vez la rotación obligatoria por AP durante tres meses. Se incluye un documento anexo, la "Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de Pediatría y sus áreas específicas por centros de salud acreditados a tal fin", que se limita a una enumeración de contenidos.

Por ello, desde la AEPap, a través del Grupo de Docencia, se consideró la necesidad de desarrollar y adaptar dicha guía, para lo que se elaboraron diversos documentos de apoyo, como es el **Programa formativo**⁽²⁰⁾ que desarrolla, amplía y

adapta el programa de formación de la especialidad al perfil del pediatra de AP, diferenciando dos tipos de rotación: la básica obligatoria para todo pediatra y la avanzada, que iría destinada a los pediatras que vayan a desarrollar su trabajo en AP. Dicho programa desarrolla los contenidos formativos para los diferentes conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarios adquirir para cada área competencial del pediatra de AP e incluye un capítulo de evaluación, elemento integrante y fundamental en el proceso formativo.

En cuanto al **modelo formativo** de residentes de Pediatría en AP hasta hace unos años ha estado caracterizada por su improvisación y soportada en la buena voluntad individual de los tutores y el interés particular de algunos residentes y, aunque ya está regulada, no se ha desarrollado como está previsto; tras el impulso inicial en 2007, todavía falla en muchos lugares la acreditación y nombramiento de tutores, la coordinación del programa formativo, la formación de tutores o la incorporación de pediatras de AP a las comisiones de tutores y docencia, entre otros ejemplos de la escasa coordinación con el resto de la estructura docente.

En los últimos años se ha ido reforzando la acreditación de centros y tutores de Pediatría que podrían facilitar la capacidad docente, pero no se ha traducido en un incremento del tiempo de rotación en AP ni en la participación de los pediatras en las unidades docentes.

HERRAMIENTAS DOCENTES (ACE, GUÍA DEL RESIDENTE, CURRÍCULUM, EPAS)

Para llevar a cabo ese programa docente se han ido elaborado documentos técnicos y cursos, dirigidos tanto a tutores como a residentes, que sirvan de base y modelo práctico.

Entre ellos cabe destacar "La Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por AP"⁽²¹⁾ del grupo de docencia MIR de la AEPap destinada a la ayuda en la planificación de la rotación del MIR de Pediatría por AP. Enumera los conocimientos habilidades y destrezas del programa de formación a modo de "check-list" con las competencias específicas de AP y facilita la autoevaluación del residente que podrá conocer los conocimientos habilidades y destrezas adquiridas en el periodo de rotación.

Esta guía se ha actualizado recientemente⁽²²⁾ para incorporar nuevos recursos docentes como el Currículum pediátrico y métodos de formación y evaluación como las EPAs:

El Currículum pediátrico europeo⁽²³⁾ es una iniciativa de la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria (ECPCP) que en 2012 consideró la necesidad de desarrollar un Programa de capacitación en atención pediátrica primaria

europeo mediante la creación de un plan de estudios como marco esencial para los profesionales que trabajan con niños en AP. Esta iniciativa llevó a consensuar un documento que recoge el programa formativo publicado en 2014 como Plan de estudios en Pediatría de Atención Primaria, aprobado por la ECPCP y respaldado por Global Consorcio de Educación Pediátrica (GPEC) y la Academia Europea de Pediatría (EAP), que tras su traducción al castellano ha sido acogido y reconocido en países latinoamericanos. Este curriculum recoge los conocimientos, habilidades y competencias de las áreas tanto específicas de la Atención primaria como las compartidas con el hospital.

Un nuevo paso en el seno de la ECPCP, con una significativa participación española ha sido completar este Curriculum con el desarrollo de las entrustable professional activities (EPAs) como modelo de enseñanza y evaluación.

Las EPA o Actividades Profesionales Confiables se consideran unidades de práctica⁽²⁵⁾, que describen el trabajo que realizan los médicos y las habilidades que los alumnos deben adquirir durante su formación asegurando que se puede confiar plenamente en el MIR al demostrar la competencia necesaria para ejecutar esta actividad con niveles crecientes de autonomía. No son una alternativa de las competencias, sino una forma de traducirlas en actividades profesionales en entornos de práctica clínica diaria, integrando y ejecutando varias competencias de forma simultánea.

Y ENTONCES, ¿QUÉ NOS FALTA?

Como vemos contamos con los tutores dispuestos a enseñar, herramientas y un programa formativo envidiable, Pero ¿qué nos falta? No hay duda de que es necesario ampliar el tiempo de rotación, un mayor reconocimiento a los tutores y participación en las unidades de docencia, pero fundamentalmente **trabajar en la coordinación** y asumir que el nivel primario puede y debe contribuir a la mejora de la asistencia y formación pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mora Gandarillas I. Mesa Redonda: Formación MIR: ¿es necesaria una revolución? *Bol Pediatr*. 2019; 59: 170-3.
2. Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20: e89-104.
3. Situación de la Pediatría de atención Primaria. Informe técnico de la AEP. 2018. Consultado 24 de julio de 2019. Disponible

en: <https://www.aeped.es/documentos/informe-tecnico-aep-situacion-pediatria-atencion-primaria-diciembre-2018>

4. Ugarte Líbano R, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Arranz Gómez J. ¿Quo vadis, Pediatría de Atención Primaria? *Forma Act Pediatr Aten Prim*. 2019; 12(1): 1-3.
5. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Sánchez Pina C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Villaizán Pérez C, Suárez Vicent E, Cantarero Vallejo MD, et al. ¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21: 87-93.
6. Domínguez Aurrecochea B, Villaizán Pérez C, Fernández-Cuesta Valcárcel MA. Optimizar la rotación MIR de Pediatría en Atención Primaria (en el centro de salud). *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2012; (21): 61-9.
7. Real Decreto 2015/78 de 15 de Julio por el que se regulan las especialidades médicas, los requisitos para obtener el título de médico especialista y por el que se crea la Comisión Nacional de Especialidades.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. Guía de Formación de Especialistas. Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Pediatría_y_sus_Areas_especificas.pdf
9. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR-Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5: 201-4.
10. Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por el que se establecen los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus áreas específicas. Pleno CC.RR.HH. abril 2006.
11. Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas BOE N°. 246:35657-35661.
12. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada BOE N°45: 10.020-10.035
13. Villaizán Pérez C. Unidades Docentes Multiprofesionales, una nueva figura en la formación del residente de Pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012; 5(1): 1- 3.
14. García Puga JM, Villaizán C, Domínguez B, Ugarte R y Grupo de docencia de la AEPap. Que opinan pediatras y residentes de Pediatría de la rotación por Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 70(5): 460-6.
15. Hernández Delgado MJ, Sánchez Pina C, Hernando Helguero P, Lorente Miñarro M, Carrasco Sanz Á, Rodríguez Delgado J, et al. La formación de los residentes de Pediatría a debate: resultados de la encuesta realizada a pediatras colaboradores docentes en la Comunidad de Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14: e13-e18.
16. Álvarez Casaño M, Castillo Campos L, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, García Uzquiano R, Igarzabal Irizar A, Berridi Etxebe-

- ria A. ¿Qué opinan los residentes de la rotación por atención primaria? 66 Congreso AEP. Zaragoza. Junio 2018.
17. "Encuesta general para residentes de Pediatría" Reunión grupo MIR AEP. 66 Congreso AEP. Zaragoza. Junio 2018.
 18. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Villaizán Pérez C, Pellegrini Belinchón FJ, Domínguez Aurrecochea B, Sánchez Pina C, García-Sala Vígner F, et al. Necesidad de pediatras de Atención Primaria. Plazas de Pediatría en Atención Primaria vacantes y necesidad de formación específica en esta área competencial. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021; 23: e65-e79
 19. Domínguez Aurrecochea B, García Rebollar C, Villaizán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 309-22.
 20. Domínguez Aurrecochea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, García Rebollar C, Gutierrez Sigler MD, Hijano Bandera F y cols Programa de Formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: AEPap; 2010.
 21. Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por atención primaria. AEPap [en línea]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_1.pdf
 22. Guion de contenidos de la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria. AEPap [en línea]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_1.pdf
 23. Curriculum AEPap [en línea]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/curriculo_europeo_traducido.pdf
 24. O'Dowd E, Lydon S, O'Connor P, Madden C, Byrne D. A systematic review of 7 years of research on entrustable professional activities in graduate medical education, 2011-2018. *Med Educ*. 2019; 53(3): 234-49.

Comunicaciones Orales Jueves 4 de noviembre

SÍNDROME DE AORTA MEDIA ASOCIADO A SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS. Mosquera-Froufe M, Domínguez-Manzano P, Plata-Izquierdo B, Pérez-Baguena MP, Hernández-Pinchete S Garrido-Martín M, Martín-Valbuena J, Sánchez-Rodríguez P. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. El síndrome de aorta media (SAM) se caracteriza por estenosis a diferentes niveles de la aorta y sus ramas. Su etiología es desconocida pero se ha descrito asociado a determinadas patologías, como el síndrome de Williams-Beuren (SWB), un trastorno genético raro caracterizado por facies peculiar y afectación multisistémica, incluido el aparato cardiovascular.

Caso clínico. De los 14 pacientes con SWB confirmados genéticamente en seguimiento en la consulta de Cardiología Infantil de nuestro de hospital, 9 presentan afectación cardíaca, siendo las más frecuentes la estenosis aórtica supra- valvular y la estenosis periférica de ramas pulmonares. Presentamos 2 casos de pacientes diagnosticados al mes de edad de coartación de aorta (CoAo) y estenosis de ramas pulmonares. Ambos se sometieron a cirugía cardíaca para corregir la CoAo, pero la evolución posterior fue tórpida, con reestenosis en el lugar de la corrección o en otros niveles de la aorta que precisaron nuevos procedimientos invasivos, además de hipertensión arterial (HTA) de difícil control, hallazgos y evolución clínica compatibles con un SAM.

Conclusiones. El SAM es una causa infrecuente de CoAo en los pacientes con SWB, con afectación a cualquier nivel de la aorta torácica y abdominal. La evolución en nuestra experiencia es complicada, con recoartaciones frecuentes y aparición de estenosis significativas a diferentes niveles de la aorta. La HTA es persistente y de difícil control.

ANTROPOMETRÍA CLÁSICA VS BIOIMPEDANCIOMETRÍA EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA. Corpa Alcalde A¹, Arias Bueso P², Pérez Salas S¹, Laura Pérez Arnauz, Miranda Cid C², Tolín Hernani M², Sánchez Sánchez C², Álvarez Calatayud G². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo. En los trastornos de conducta alimentaria (TCA) uno de los hechos más importantes es la desnutrición grave. Sin embargo, los cambios en la composición corporal pueden no verse reflejados en el peso, pliegues y perímetros hasta fases muy avanzadas. El objetivo de nuestro estudio es comparar los parámetros de composición corporal obtenidos mediante antropometría clásica, con los obtenidos con la bioimpedanciometría en la valoración de pacientes con TCA; para establecerla como herramienta de adelanto diagnóstico-terapéutica.

Material y métodos. Estudio prospectivo realizado en todos los pacientes con TCA ingresados en la Unidad de Psiquiatría Adolescente H.Gregorio Marañón desde el inicio de 2021. Se realiza valoración del porcentaje de grasa corporal total y masa magra, mediante la ecuación de Siri con los datos obtenidos de la medición de pliegues cutáneos (bicipital, tricípital, subescapular y suprailíaco) mediante plicometría, y perímetros corporales (braquial, cadera y cintura). El gasto energético basal es calculado mediante la ecuación de Schofield (peso y talla). Se mide el vector corporal por bioimpedanciometría: resistencia (R), reactancia (Xc) y ángulo de fase mediante el analizador Bodygram-Plus Enterprise 1.2.2.9 (avalado técnicamente para su uso en población pediátrica). El vector corporal se elabora a partir de la relación gráfica entre resistencia y reactancia. Los datos

recogidos se analizan mediante SPSS, aplicando el análisis de Wilcoxon para intentar establecer concordancia.

Resultados. Nuestros resultados preliminares: 9 pacientes, mujeres, con promedio de edad de 13,74 años e IMC $15,9 \pm 2,4$ kg/m². La media del porcentaje de grasa corporal, masa grasa y magra fue $20,4 \pm 2\%$; $8,4 \pm 1,9$ kg; $32,7 \pm 5,4$ kg mediante el método antropométrico y $23,7 \pm 7,4\%$; $10,3 \pm 4,2$ kg; $32,5 \pm 4,3$ kg mediante impedanciometría. No se observaron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al vector corporal obtenido, el 78% de la muestra (n=7) se encontraba en el cuadrante superior derecho, con solo dos de ellos >p95.

Conclusiones. Ante un vector corporal, obtenido mediante bioimpedanciometría, desviado hacia el cuadrante superior derecho (deshidratación y malnutrición) de la gráfica en población pediátrica, debemos pensar en un posible TCA, siendo necesaria ampliar la muestra.

FACTORES MATERNOS E IMPACTO DE LA VACUNACIÓN COVID-19 EN GESTANTES Y RESPUESTA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA. Ferrin-Ferrin MA, Jiménez-Domínguez A, Pérez-Báguena MP, Álvarez-Smith CI, Alcubilla-García Lydia, Martín-Galache M, Escalona-Gil AM, San Feliciano L. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. La reciente puesta en marcha del programa de vacunación frente a la COVID-19 en embarazadas podría presentar algún tipo de repercusión en recién nacidos. Sin embargo, hemos detectado durante nuestra actividad asistencial, que la incertidumbre respecto a este tema aún es notable en las gestantes. Como objetivo nos planteamos: 1) Describir los factores predictores que más influyen en la decisión de las gestantes para vacunarse de COVID-19 durante el embarazo; 2) Describir las posibles consecuencias clínicas de la vacunación COVID-19 en el embarazo, parto y período neonatal.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo prospectivo. Recogida de datos realizada, tras el consentimiento informado, en el H. Clínico Universitario de Salamanca, a todas las mujeres que dieron a luz a partir del 1/9/2021, mediante entrevista personal y posterior contacto telefónico. Análisis y descripción de los datos con el IBM® SPSS Statistics.

Resultados. Se han realizado entrevistas a 172 gestantes, de las cuales 85 (49,4%) viven en área urbana y 87 (50,6%) en área rural. Además, 111 gestantes (64,5%) se vacunaron

durante el embarazo y 61 (35,5%) no se vacunaron. Los motivos de no vacunación fueron: miedo a efectos adversos en el neonato en 39 gestantes (64%), incertidumbre en 13 (21%) y decisión de esperar el postparto en 9 (15%).

Conclusiones. La decisión sobre la vacunación COVID-19 presenta un no despreciable porcentaje de gestantes que se negaron a recibirla, siendo el miedo, la incertidumbre y la decisión de esperar al postparto, los motivos más frecuentes. Factores sociodemográficos como el lugar de residencia o el nivel académico de las madres no es significativo en su impacto. La relación entre las gestantes vacunadas y las características tanto del parto, como la valoración del neonato, no difiere con el de las gestantes no vacunadas. La respuesta clínica de los neonatos en los primeros 28 días de vida no presentó apenas diferencias entre aquellos que eran hijos de gestantes vacunadas respecto a las no vacunadas, en su mayoría con escasa o ninguna sintomatología.

IMPACTO DE LA NO MEDICIÓN DE VOLUMEN GÁSTRICO RESIDUAL EN LACTANTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS ALIMENTADOS CON NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ. Villar Rodríguez C¹, Fernández Montes R², Vivanco Allende A³, Concha Torre A³, Rey Galán C³. ¹Universidad de Oviedo. Oviedo. ²Área de Gestión Clínica de Pediatría; ³Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Evaluar la influencia del cese de la medición del volumen gástrico residual (VGR), parámetro hasta ahora frecuentemente utilizado para guiar el progreso de la nutrición enteral (NE) en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en la tasa de efectos adversos relacionados con la NE y en el logro de los objetivos nutricionales.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental retrospectivo en la UCIP del Hospital Universitario Central de Asturias, comparando dos grupos de lactantes de características similares: un grupo intervención en el que se aplicó el nuevo protocolo de NE, en el que se abandonó la práctica de medición del VGR, y un grupo control previo. Se analizó el tiempo de adquisición de objetivos nutricionales y la aparición de efectos adversos relacionados con la NE.

Resultados. Se incluyeron 33 lactantes (1-9 meses). El porcentaje del objetivo energético pautado recibido en las primeras 24 horas de soporte nutricional fue significativamente superior en el grupo de la intervención (92,5% frente a 67,7% en el grupo control, p=0,039), aunque no se encontraron diferencias significativas respecto al segundo y tercer día.

Se observó una mayor tendencia a la aparición de vómitos en el grupo intervención, aunque las diferencias en la incidencia de efectos adversos no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones. La no medición del volumen gástrico residual constituye una práctica segura que puede mantenerse en los protocolos de NE en el niño críticamente enfermo, no objetivándose un aumento de aparición de efectos adversos tras su generalización. Esto podría contribuir a una más rápida consecución de los objetivos nutricionales en los niños críticamente enfermos. Sin embargo, se requieren nuevos estudios que incluyan un mayor número de pacientes y permitan corroborar nuestras conclusiones.

DISTENSIÓN ABDOMINAL EN EL PERIODO NEONATAL. *Gutiérrez Valcuende C, Rodríguez del Rosario S, Herrera Quilón L, Llorente Sanz B, Matías del Pozo V, Villa Francisco C, Urueña Leal MC, Pino Vázquez A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La distensión abdominal es el signo más característico para sospechar patología intestinal en el neonato, y, por tanto, para solicitar pruebas complementarias, siendo la inicial la radiografía de abdomen.

Casos clínicos. Presentamos cinco casos clínicos de recién nacidos que debutaron con distensión abdominal.

Caso 1. Recién nacido a término que presenta distensión abdominal y vómitos a las 30 horas de vida. Se realiza radiografía abdominal donde se observa neumoperitoneo. Se realiza laparotomía urgente sin visualizar perforación por lo que se toman biopsias de mucosa rectal. Resultado anatomopatológico compatible con enfermedad de Hirschprung.

Caso 2. Recién nacido a término que ingresa por vómitos y distensión abdominal a las 26 horas de vida. Radiografía abdominal en la que se observa dilatación de asas y ausencia de gas distal. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se interviene, objetivándose íleo meconial. Se diagnostica de fibrosis quística mediante el cribado de metabopatías, junto con la genética.

Caso 3. Recién nacido a término que ingresa al nacimiento por distensión abdominal y dificultad respiratoria. Diagnóstico prenatal de duplicidad intestinal. Intervención quirúrgica urgente en la que se confirma el diagnóstico, visualizándose quiste de duplicación necrótico volvulado.

Caso 4. Recién nacido pretérmino de 32+6 semanas que presenta a las 3 horas de vida inestabilidad hemodinámica y distensión abdominal. Se realiza laparotomía urgente en la que se objetiva atresia yeyunal, perforación intestinal y peritonitis meconial.

Caso 5. Recién nacido a término que ingresa por vómitos a las 24 horas de vida. Se realiza radiografía abdominal y tránsito intestinal objetivándose dilatación colónica y enlentecimiento del vaciamiento gástrico. Primera sospecha de íleo meconial que se descarta. Posteriormente, presenta estreñimiento progresivo realizándose biopsia de mucosa rectal, compatible con enfermedad de Hirschprung.

Conclusiones. La distensión abdominal en el periodo neonatal es un síntoma inespecífico de patología abdominal pudiendo ser el debut de diferentes entidades. Es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, que incluya las pruebas complementarias pertinentes para poder realizar un adecuado manejo precoz.

REVISIÓN CASOS SIM-PEDS VINCULADO A SARS-COV-2 EN CANTABRIA. *Frank de Zulueta P, Castañares Saiz M, Viadero Ubierna MT, Garde Basas J, Fernández Suárez N, Torre González T, Fernández Cabo V, López de Viñaspre Verafajardo M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Descripción de los casos clínicos de SIM-PedS vinculado a SARS-CoV-2, en la Comunidad de Cantabria desde abril de 2020 a septiembre de 2021, enfocándonos en aspectos inflamatorios, cardiológicos y hemodinámicos.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de los 5 casos que tuvieron lugar a través del programa informático utilizado en nuestro hospital.

Resultados. Un paciente presentaba antecedentes de asma alérgico y neumonías de repetición, el resto eran sanos. Tres antecedentes de infección COVID confirmada 14 días a 1 mes antes. Uno antecedentes familiares de clínica y el restante, fiebre 1 mes antes. Tres varones y una mujer, tres de ellos menores de 12 años y uno de ellos 13. Todos ellos iniciaron el cuadro con fiebre de 2-5 días de evolución, asociando otros síntomas (cervicalgia, cefalea) con predominio de clínica gastrointestinal y malestar general en todos ellos de forma posterior. Dos pacientes afectación ocular (hiperemia y/o edema palpebral); uno de ellos edema genital y lengua aframbuesada. Todos precisaron ingreso en UCI por afectación del estado general, asociando en 4 hipotensión refractaria a expansiones de volumen y shock, precisando vasopresores 3-5 días, con recuperación progresiva clínica y de constantes. Ninguno precisó soporte respiratorio invasivo. Todos presentaron elevación significativa de parámetros inflamatorios (PCR, PCT y ferritina) y NT-ProBNP. En 4 se elevaron las troponinas. Todos fueron tratados con inmunoglobulina y corticoterapia con disminución progresiva de los

mismos. En uno de los pacientes (el primero) se asoció hidroxiquina. 4 recibieron antibioterapia de amplio espectro. 4 recibieron tratamiento con AAS. Todos tuvieron aumento significativo del dímero D y fibrinógeno, tres recibieron heparina a dosis antitrombótica. Se realizó seguimiento cardiológico estrecho de todos ellos con electrocardiogramas en los que predominaba alteraciones de la repolarización en tres pacientes. En los controles ecocardiográficos, el paciente más grave presentaba disfunción miocárdica biventricular leve al inicio con empeoramiento a moderada-severa tras administración de sueroterapia intensiva. Otros dos disfunción leve derecha y en otro disfunción moderada izquierda. Buena evolución de todos ellos con corrección progresiva, precisando el caso más severo de 8 días para su recuperación.

Conclusión. En nuestro medio la presentación clínica más frecuente es fiebre seguida de clínica gastrointestinal con aparición posterior de inestabilidad hemodinámica y disfunción ventricular. Se precisa de toma frecuente de constantes y vigilancia clínica estrecha ante sospecha debido a la afectación progresiva del estado general. Todos los pacientes respondieron bien al antiinflamatorio precoz. La evolución fue favorable sin complicaciones hasta el momento.

ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA POSITIVOS A PESAR DE DIETA EXENTA EN GLUTEN EN ENFERMEDAD CELÍACA. *Pérez Arnaiz L, Miralles García LC, Barbadillo Mariscal B, Gonzalo San Esteban A, Mañaricua Arnaiz A, Gil Galerón J, Domínguez Sánchez P, Fernández de Valderrama A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Los anticuerpos antitransglutaminasa (ATG) poseen alta especificidad para el diagnóstico de enfermedad celíaca (EC). En algunos casos se ha visto que estos anticuerpos persisten elevados a pesar de una dieta exenta en gluten. Se ha encontrado homología entre algunos péptidos de la caseína bovina con péptidos del gluten, lo que explicaría reactividad mediada por anticuerpos IgA.

Caso clínico. Lactante de 11 meses de edad diagnosticado de enfermedad celíaca en consultas de nuestro hospital según los criterios diagnósticos de EC (ESPGHAN 2012). Se inicia en este momento dieta exenta en gluten. En las sucesivas visitas a nuestra consulta (a los 18, 24 y 30 meses de edad) el paciente se encuentra asintomático pero persisten anticuerpos ATG mayores de 200 UI/L y Ac anti Endomisio positivos a pesar de una dieta exenta en gluten y sin objetivar la presencia de gluten en las heces. A los 3 años de edad, se propone dieta exenta en proteínas de leche de vaca (PLV),

que se mantiene durante 6 meses, tras lo cual se objetiva normalización de IgA ATG y negativización de anticuerpos antiendomiso. A los 9 meses se reintroducen las PLV manteniéndose los anticuerpos ATG en valores normales.

Conclusiones. Los anticuerpos ATG pueden estar presentes en otros procesos distintos a la EC. Ante persistencia de niveles elevados de anticuerpos ATG en enfermedad celíaca, habiendo descartado transgresiones dietéticas, se debe tener en cuenta antígenos alimentarios como las PLV como causa de esta respuesta inmune.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL SINUS PILONIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (PEPSIT). RESULTADOS PRELIMINARES. *Galvañ Félix Y, Echeverría Carrillo J, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El sinus pilonidal (SP) es la patología consistente en la inflamación crónica de partes blandas del área sacrococcigea. A pesar de que el tratamiento quirúrgico tradicional es la exéresis completa, este presenta una tasa de complicaciones elevada así como un postoperatorio largo y molesto que precisa curas tópicas hasta la curación completa. Presentamos los resultados de 3 pacientes tratados en nuestro centro mediante una nueva técnica endoscópica (PEPSiT).

Material y métodos. El PEPSiT consiste en la introducción de un fistuloscopio por los orificios fistulosos del SP para limpieza y cauterización de la cavidad pilonidal. Se retiran bajo visión directa todas las estructuras capilares de la cavidad y se coagula todo el tejido de granulación visible para conseguir un cierre por segunda intención sin realizar ninguna incisión quirúrgica. El procedimiento se realizó bajo anestesia general y de forma ambulatoria en 3 pacientes entre los 12-14 años, diagnosticados de SP. Dos de ellos habían presentado episodios de infección previos y ninguno se había sometido a tratamiento quirúrgico con anterioridad. Recogimos los siguientes datos: complicaciones postquirúrgicas (infección de herida quirúrgica, dolor incoercible, recidivas tempranas) o reingreso, curas realizadas en centro de salud, vuelta a la actividad diaria normal y el tiempo de cicatrización.

Resultados. Los 3 procedimientos se realizaron sin incidencias. Ninguno de los pacientes precisó reingreso ni presentó complicaciones postoperatorias hasta el momento actual. Solamente uno de ellos acudió a su centro de salud para realizar curas (3 citas totales). Los tres pacientes controlaron el dolor con analgesia habitual vía oral en domicilio,

retomando sus actividades diarias la misma semana de la intervención.

Conclusiones. Nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico del SP a corto plazo es que se trata de una opción efectiva, con un postoperatorio corto y poco doloroso, con unos cuidados simples que permite retomar las actividades diarias de forma rápida.

DOLOR ABDOMINAL EN EL PACIENTE NEUTROPÉNICO. *Espinoza Leiva AP, Escobar Fernández L, García Monetro M, García Barbero E, Llorente Sanz B, López Allúe L, Herráiz Cristóbal R, González García H. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La enterocolitis neutropénica (EN) o tiflitis neutropénica es un síndrome clínico que se desarrolla en pacientes con neutropenia. Presenta mayor incidencia en pacientes oncológicos con neoplasias hematológicas, en aplasia profunda. Se sospecha que múltiples factores contribuyen a su patogenia, como la lesión mucosa producida por los fármacos quimioterápicos, neutropenia, la inmunosupresión que impide combatir los microorganismos, cambios intrínsecos del íleon, ciego y apéndice cecal, infiltración de la serosa y mucosa por células linfoproliferativas anómalas que suelen ulcerarse durante el tratamiento quimioterápico. En muchos casos no se identifica un agente microbiano específico. Se considera de probable etiología polimicrobiana.

Caso clínico. Paciente de 5 años con diagnóstico de Leucemia/Linfoma de Burkitt quien finalizo el primer ciclo de inducción los 5 días previos al ingreso. Inicia con febrícula mantenida, sin mas sintomatología infecciosa, en la exploración física solo destaca mucositis oral. En las pruebas complementarias destaca pancitopenia con neutropenia grave con recuento 50/ μ l. Ante cuadro de neutropenia febril se inicia antibioterapia con cefepime. Tras 48 horas inicia con dolor abdominal que se intensifica progresivamente, y rechazo de la ingesta, persistiendo la fiebre. En analíticas de control se objetiva aumento de PCR y PCT. Ante los hallazgos clínicos y laboratoriales se solicita ecografía abdominal, que reporta un engrosamiento de la pared del ciego de 4-5 mm. Se decide tratamiento conservador indicando antibióterapia intravenosa con meropenem, metronidazol iv, anfotericina B, dieta absoluta y asegurando un control analgesico adecuado. Se obtiene una muestra de heces donde se identifican toxinas para *Clostridium difficile*. Tras aumento progresivo del recuento de neutrofilos y adecuada cobertura antibiotica presenta mejor estado general, permitiendo la ingesta oral y completa 10 días de antibioterapia.

Conclusiones. La EN es una complicación poco frecuente, pero con alta mortalidad. En un paciente con neutropenia severa con dolor abdominal y fiebre se debe sospechar la EN. En pacientes con neutropenia y cuadro clínico sugestivo de EN, debe realizarse estudio radiológico. Su diagnóstico precoz es de vital importancia ante la alta. El tratamiento debe ser individualizado en el caso de no sospechar complicaciones se debe optar por un manejo conservador. Se opta por antibioterapia de amplio espectro cubriendo aerobios, anaerobios, incluyendo *Clostridium difficile* y hongos.

¿VIVIREMOS UN CAMBIO EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA BRONQUIOLITIS? *Menéndez Bango C, Santamaría Sanz PI, Gómez Sánchez E, del Blanco Gómez I, García González M, Cuervas-Mons Tejedor M, Valencia Ramos J, Oyagüez Ugidos PP. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La bronquiolitis es la causa de ingreso hospitalario más frecuente en menores de un año. El virus más frecuentemente implicado es el Respiratorio Sincitial que provoca en nuestro país epidemias estacionales entre los meses de noviembre y abril. Su transmisión es directa a través de secreciones nasofaríngeas de los individuos infectados o gotas de saliva.

Material y métodos. Recogida retrospectiva del número de pacientes ingresados en UCI-P entre septiembre de 2012 y agosto de 2021 por insuficiencia respiratoria aguda en contexto de bronquiolitis.

Resultados y discusión. Ingresaron un total de 342 pacientes, siendo los meses con mayor número de ingresos noviembre, diciembre y enero (61, 99 y 70 respectivamente). La temporada con mayor número de ingresos, 57 en total, fue de septiembre de 2019 a agosto de 2020. Los meses con más ingresos fueron noviembre de 2019 y julio de 2021 con 19 pacientes. El comportamiento de las curvas de ingreso muestra un patrón repetido todos los años, acorde a la epidemia estacional de nuestro país, excepto el último año de recogida donde el pico máximo fue en los meses de junio y julio, sin datos de ingresos los meses previos (*Fig. 1*). Este cambio en el patrón de ingresos, en virus con transmisión directa a través de secreciones, tras la pandemia por SARS-CoV-2 vivida en 2020, podría estar influido por las restricciones en las relaciones sociales y el incremento de medidas de higiene, que se han visto rebajadas en los meses de verano, afectando a pacientes sin contacto con este virus en la temporada epidémica estacional clásica.

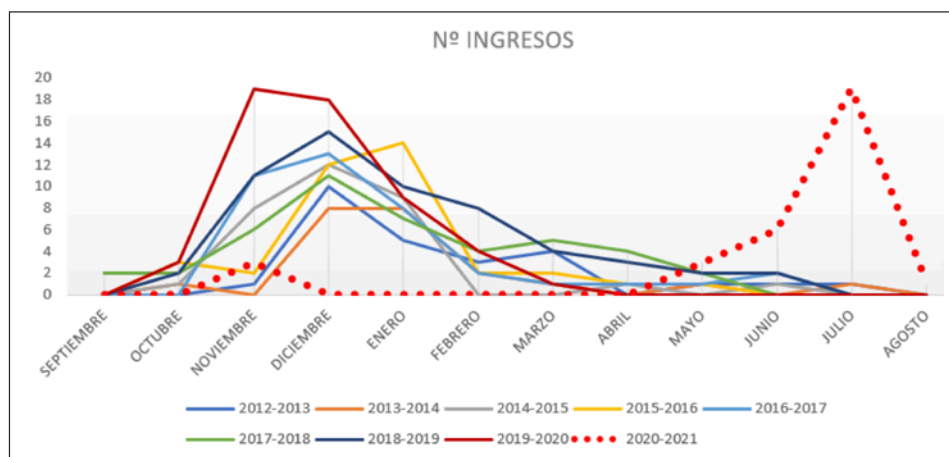


Figura 1.

Conclusiones:

- La bronquiolitis causa un patrón de epidemia estacional que se repite anualmente.
- La temporada 2020-2021 ha tenido su pico máximo en julio, sin precedente en años previos.
- Este cambio podría explicarse por los cambios sociales acontecidos por la pandemia de 2020.

SCREENING DISPLASIA DESARROLLO DE CADERAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. *Rodríguez Lorenzo P, Molina Vígara P, Alvargonzález Fernández J, Pérez Alba M, Álvarez Álvarez A, Costa Romero M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. La displasia del desarrollo de caderas (DDC) se produce por una alteración de la relación anatómica entre el acetábulo, el fémur y las partes blandas de la articulación coxo-femoral. Se describen tres factores de riesgo mayores: presentación podálica, sexo femenino y antecedentes familiares. Se debe de incluir en el screening a todo recién nacido que presente al menos dos de los tres requisitos mencionados previamente. Una exploración física alterada (Barlow y/o Ortolani positivos), serían criterio suficiente para solicitar una valoración inmediata por parte de un traumatólogo infantil. Otros hallazgos en la exploración (como asimetrías de pliegues o clics de cadera) de manera aislada, no serían motivo suficiente para solicitar prueba de imagen o valoración por un especialista; aunque sí de seguimiento.

Objetivos. Analizar si las ecografías de cadera solicitadas para el despistaje de DDC cumplen los criterios descritos para entrar dentro del screening.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de las ecografías de cadera solicitadas en el área V de Astu-

rias durante el año 2020 (un total de 206). Se analizaron los diferentes motivos de solicitud, así como las características de los pacientes con DDC.

Resultados. La muestra total es de 206 ecografías de caderas, siendo un 34,9% solicitadas desde el hospital y un 41,7% desde atención primaria (el resto desde otros servicios como rehabilitación). De todas ellas, el 64,1% (132) han sido realizadas a mujeres. Han sido diagnosticados de DDC 12 recién nacidos (1 hombre y 11 mujeres); con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos (p 0,049). Dentro de los casos con exploración física alterada, el 41,7% tenían un Ortolani positivo, seguido por un Barlow positivo en el 25%. Cabe destacar, que la asimetría de pliegues solo estaba presente en el 8,3% de los casos. De los 33 recién nacidos con exploración física normal con dos factores de riesgo (mujer + podálica), una ha sido diagnosticada de DDC. La exploración (75% de los casos) es el factor que más se relaciona con DDC, por encima de los antecedentes (25%) con una p 0,041.

Conclusiones. La exploración física prima sobre los factores de riesgo ante sospecha de displasia de desarrollo de caderas. Ante una exploración normal, solo se debería de pedir ecografía a aquellos que presentes dos de los tres criterios considerados mayores. En los demás casos, se recomienda exploraciones físicas seriadas para ver evolución y actuar en consecuencia.

VARIACIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. *Gutiérrez Zamorano M, Bermúdez Barrezueta L, López Casillas P, Sáez García LM, Brezmes Raposo M, Matías Del Pozo V, Pino Vázquez MA. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

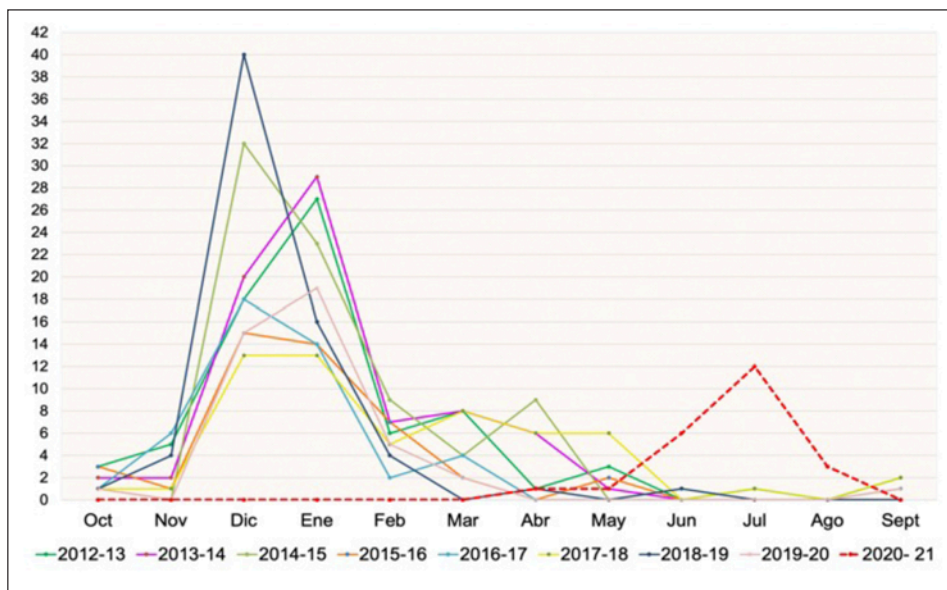


Figura 1. Número de ingresos mensuales por bronquiolitis aguda en cada temporada epidémica.

Objetivo. Analizar la epidemiología de los ingresos por bronquiolitis y sus agentes etiológicos durante la pandemia COVID-19 en comparación con 8 temporadas epidémicas anteriores.

Materiales y métodos. Estudio observacional, ambispectivo, que incluyó a lactantes con bronquiolitis ingresados en un hospital terciario durante dos períodos: pandemia COVID-19 (15 de marzo-2020 a 30 de septiembre-2021) y pre-pandemia (1 de octubre-2012 a 14 de marzo-2020). Se recogieron datos demográficos, clínicos y agente etiológico investigado con pruebas moleculares.

Resultados. Ingresaron 510 pacientes por bronquiolitis, 486 en el período pre-pandemia con una media de 61 ingresos por temporada epidémica (IC95% 48-74) vs 24 durante la pandemia, observándose una reducción de ingresos del 60,7%. A diferencia de las 8 temporadas previas a la pandemia, durante la pandemia COVID-19 el brote epidémico se inició con retraso a finales de abril y se extendió hasta agosto, con un pico de incidencia en el mes de julio (Fig. 1). El virus respiratorio sincitial fue el agente etiológico predominante en ambos períodos. Las coinfecciones virales fueron menos frecuentes en la pandemia (35,8% vs 20,8%).

Conclusiones. Durante la pandemia observamos un cambio estacional de la bronquiolitis, con un brote en la primavera-verano 2021 de menor magnitud que temporadas invernales previas. Este fenómeno epidemiológico podría estar influenciado por las medidas de control frente a SARS-CoV-2, aunque la teoría del nicho ecológico de los virus explicaría en parte el desplazamiento de otros virus respiratorios producido por la circulación de SARS-CoV-2.

ANAMNESIS DIRIGIDA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ: CLAVES EN LA NEUROBORRELIOSIS. Delgado Nicolás S¹, Díaz García P¹, Rodríguez Márquez C¹, Courel del Río V¹, Alonso Álvarez MA¹, Calle Miguel L¹, Rodríguez Pérez M², Fernández Miaja M¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La parálisis facial y la meningitis subaguda son las manifestaciones más comunes de la neuroborreliosis. Se produce tras días o semanas de la picadura de la garrapata transmisora y corresponde a la fase diseminada precoz de la enfermedad. La inespecificidad inicial de la clínica conlleva mucho retraso diagnóstico. El gold estándar para el diagnóstico es la detección intratecal de anticuerpos, siendo el hallazgo de *Borrelia burgdorferi* en cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) dificultoso y la sensibilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) escasa (5%).

Caso. Niño de 9 años que consulta repetidamente por dolor lumbar derecho, asociando astenia y pérdida de peso a lo largo de 2 semanas de evolución. Afebril, y sin traumatismo previo. El dolor fue inicialmente interpretado como de etiología muscular, pero en la última visita a urgencias destaca una rigidez espinal llamativa, con impotencia funcional, y conservando buen estado general, sin observarse en ninguna ocasión exantema compatible con eritema migrans. En ese momento se interroga a la familia por la posibilidad de picaduras de garrapata, confirmando múltiples contactos con estas. Pruebas complementarias: analítica básica normal con reactantes de fase aguda negativos. La serología de *Borrelia burgdorferi* corrobora el antecedente de contacto, con una IgM

negativa, IgG positiva e Inmunoblot positivo débil; controles posteriores con aumento de la IgG y WesternBlot positivo. Se realizó una resonancia magnética vertebral, que no reveló datos que justificaran la sintomatología. Ante el hallazgo serológico, la anamnesis, y la sintomatología, se realiza punción lumbar, obteniendo un LCR con 250 leucocitos/ μ l (95% linfocitos), proteinorraquia (280 mg/dl) e hipoglucoorraquia (41 mg/dl). De forma diferida, las técnicas microbiológicas en LCR confirman neuroborreliosis (IgG y PCR *B. burgdorferi* positivas). El niño recibió ceftriaxona parenteral durante 48 horas, y pauta posterior de doxiciclina oral completando 21 días de tratamiento, con resolución completa del cuadro.

Comentarios. La enfermedad de Lyme en su forma neurológica puede ser difícil de diagnosticar precozmente. El estudio microbiológico del LCR es una herramienta básica del diagnóstico que permite confirmar la sospecha clínica. La evolución con tratamiento adecuado suele ser favorable.

INFRADIAGNÓSTICO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PEDIATRÍA. Oreña Ansorena V¹, García Fernández S², Corujo Murga P³, Fernández Morán E², Fernández López A², Málaga Diéguez P, Hedrera Fernández A², Blanco Lago R². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El accidente cerebrovascular (ACV) en pediatría es una entidad poco frecuente aunque de gran importancia debido a su elevada morbimortalidad. En EE.UU. y Europa se estima una incidencia anual de ACV en menores de 18 años de entre 1,2 y 13 casos por cada 100.000. El 6-10% de los pacientes pediátricos fallecen, más del 20% sufren una recurrencia y hasta el 70% desarrollan secuelas.

Caso clínico. Niño de 12 años que acude a urgencias por cuadro de cefalea, pérdida de fuerza y sensibilidad de extremidad superior derecha, alteración del habla e inestabilidad. Inició cefalea 6 horas antes, opresiva, localización frontal asociando ligera fotofobia. Dos horas tras el comienzo de la cefalea refiere sentirse inestable. En ese momento inicia pérdida de sensibilidad y fuerza de extremidad superior derecha. El padre le comenzó a encontrar algo adormilado y bradilálico. Se realiza analítica y tóxicos en orina que son normales. No antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares: migraña por rama materna. En la exploración destaca habla bradilálica y disártrica, asimetría de la comisura labial derecha, fuerza y sensibilidad en mano derecha disminuidas. Marcha lenta sin aumento de base de sustentación y Romberg positivo. Se realiza TC donde

se objetiva lesión de 7 mm en ganglios basales izquierdos sin otras alteraciones. Estudio de autoinmunidad negativo. AngioRMN la lesión visualizada en TC es un espacio perivascular dilatado. Eco-doppler de troncos supraaórticos y ecocardiografía normal. Estudio genético de migraña hemipléjica que aún está pendiente.

Conclusiones. La detección precoz del ACV en el paciente pediátrico es fundamental para disminuir su morbimortalidad. La mayoría de sus signos y síntomas son inespecíficos y pueden simular otros cuadros haciendo difícil su sospecha. El desarrollo e implementación de protocolos de actuación respecto al ACV pediátrico es fundamental de cara a favorecer su diagnóstico precoz y la consecuente disminución de morbimortalidad. En este caso se presenta episodio clínico y evolutivamente con ACV pediátrico pero dado que la neuroimagen no es concluyente se completa estudio realizando diagnóstico diferencial con migraña hemipléjica con estudio genético que aún está pendiente.

NIÑAS, NO MADRES. García Montero M, Izquierdo Herrero E, Carranza Ferrer J, González Camino E, Prieto Puigbo M, Álvarez Colomo C, Romano Medina A, Llorente Sanz B. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La maternidad adolescente es un problema emergente en salud pública que abarca sectores como educación, salud, justicia y derechos del niño y de la mujer. Se define como población adolescente aquella comprendida entre los 10 y los 19 años. En España aproximadamente unas 300 niñas menores de 15 años se quedaron embarazadas en el año 2020 según datos del Instituto Nacional de Estadística.

Caso clínico. Presentamos un caso de una paciente mujer de 10 años y etnia gitana que acude a nuestro Servicio de Urgencias derivada desde Atención Primaria por sospecha de embarazo. Como antecedentes relevantes, la paciente es seguida en endocrinología por pubertad precoz central y presentó la menarquia a los 9 años y 7 meses. Consulta a su pediatra por aparición de un cuadro progresivo de distensión abdominal acentuada en los últimos días y amenorrea en los últimos 6 periodos menstruales. Ante la sospecha de gestación se realizó determinación de gonadotropina coriónica humana en orina con resultado positivo motivo por el que se deriva a nuestro centro. Se confirma la presencia de gestación única podálica mediante ecografía obstétrica con biometría acorde a una edad gestacional de 21 semanas. Ante estos hallazgos, la menor confiesa haber mantenido relaciones consentidas únicas con un primo carnal de 16

años, próximas a la fecha en la que presenta la primera falta menstrual. Se activaron los servicios de protección al menor notificando el caso al Juzgado, Forense, y Grupo de Menores de la Policía Nacional. Tras ser valorada por el Servicio de Psiquiatría se programa interrupción voluntaria del embarazo. Posteriormente se realiza seguimiento estrecho por parte de los Servicios Sociales, así como atención y ayuda psicológica a la niña y familia para aceptar y afrontar la situación en el contexto de su vida cotidiana, con resultados favorables hasta el momento.

Conclusiones. Si bien este caso resulta extraordinario por lo extremadamente precoz que se produce la gestación en la vida reproductiva de la menor, el embarazo en la adolescencia y las interrupciones del embarazo son cada

vez más frecuentes. No cabe duda de que los pediatras nos encontramos ante un importante desafío debido a los cambios socioculturales que afectan a nuestra población infantil. El mantenimiento de relaciones sexuales completas a edades más precoces, junto a la ausencia del uso de métodos anticonceptivos barrera o el aumento de delitos contra la libertad sexual a menores hacen necesarias el desempeño de actividades formativas en materia de educación sexual. En este aspecto, ya existen comunidades autónomas que han adelantado la dosis de vacunación frente al virus del papiloma humano a los 10 años puesto que la respuesta es más intensa administrada a edades más tempranas y el riesgo de infección por VPH es más alto en los primeros contactos sexuales.

Comunicaciones Orales Viernes 5 de noviembre

BEBIDAS ENERGÉTICAS Y ADOLESCENTES. *Pernía Sánchez JV¹, Garrido Redondo M², Lara de la Torre MD², Fernández González R², Asenjo Cabrera P.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Centro de Salud San Isidro-Pajarillos. Valladolid.

Introducción. Las bebidas energéticas son refrescos carbonatados compuestos por altos niveles de cafeína y azúcares libres, junto a otras sustancias que aumentan su poder estimulante. Su consumo se ha disparado en la última década gracias a un potente marketing y su alta disponibilidad, especialmente entre los adolescentes, los cuales generalmente desconocen sus características y sus posibles efectos secundarios.

Objetivos. Los objetivos principales del estudio son establecer el conocimiento de los adolescentes sobre las bebidas energéticas, describir los patrones de su consumo, las motivaciones para tomarlas y conocer los efectos secundarios que les producen. Como objetivo secundario, se relaciona lo observado en nuestro estudio con aquello publicado previamente en la literatura.

Material y métodos. Estudio observacional transversal con una muestra de 609 alumnos de institutos de Valladolid entre 1º ESO y 2º Bachillerato pertenecientes al Área Sanitaria de Valladolid Este. La fuente de datos se sustenta en formularios autoadministrados y anónimos. Las distintas variables descritas son: edad, sexo, curso académico, conocimiento sobre las bebidas energéticas, motivaciones para ingerirlas, patrón de consumo y efectos secundarios derivados. Por último, realizamos un análisis estadístico bivalente mediante las pruebas de Chi Cuadrado con test de Fischer, t de Student y ANOVA.

Resultados. La mayoría de los adolescentes no son conscientes de la composición de las bebidas energéticas y de sus posibles efectos adversos. Es en el ámbito familiar

donde entran más frecuentemente en contacto con ellas. Un 53,20% de los adolescentes las consume, con una proporción mayor en hombres y en adolescentes mayores. El sabor de estas bebidas es la causa principal de su ingesta. Los efectos secundarios más frecuentemente observados son el insomnio y la ansiedad, y hasta un 34,70% refiere mezclarlas con alcohol.

Conclusiones. Más de la mitad de los adolescentes se declara consumidor de bebidas energéticas, ya sea por placer o con la intención de conseguir algún beneficio físico y/o mental. Su consumo se ve favorecido por un entorno sociofamiliar propicio, un desconocimiento general sobre las propiedades de estas bebidas y su uso junto con drogas como alcohol o tabaco. Es preciso realizar más estudios para conocer con más detalle los numerosos efectos adversos derivados de su ingesta. Deben plantearse nuevas intervenciones de educación sanitaria en este ámbito para prevenir el abuso de este tipo de bebidas, además de tomar las medidas necesarias para limitar su acceso a niños y adolescentes.

ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ÁREA ESTE DE VALLADOLID. *Pernía Sánchez JV¹, Bocos Asenjo C², Garrido Redondo M³, Sierra Martínez L³, Bachiller Luque R³.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ³GAP Valladolid Este. Valladolid.

Introducción. La infección por SARS-CoV-2 fue declarada pandemia mundial por la OMS en marzo de 2020. Este virus se transmite por contacto directo de mucosas con gotas y aerosoles procedentes del tracto respiratorio del infectado, presentando un cuadro clínico muy variable e inespecífico. Los trabajos centrados en Pediatría son relativamente escasos

a pesar de la cantidad de literatura publicada hasta la fecha, lo que no nos permite describir específicamente el papel que toman los niños en esta enfermedad.

Objetivo. Determinar el impacto clínico y epidemiológico de la enfermedad COVID-19 en la población pediátrica de dos Zonas Básicas de Salud de Valladolid Este.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal con una muestra de 232 pacientes de 0-14 años (media de edad de 7,88 años) adscritos al C.S. Pilarica o San Isidro-Pajarillos con diagnóstico de enfermedad por Coronavirus y test positivo en el periodo del 30 de mayo de 2020 al 30 de enero de 2021. La fuente de datos se toma del registro de la Historia Clínica (Medora). Las variables evaluadas son: edad, sexo, escolarización, grupo burbuja, caso índice, ámbito de posible exposición, agrupación familiar, fecha y tipo de prueba, síntomas, duración y tipos de estos y hospitalización. Análisis estadístico posterior.

Resultados. La prevalencia de niños infectados por COVID-19 de nuestra población a estudio es de 7,12%, diagnosticados principalmente mediante PCR (69,8%) y objetivando un aumento del número de casos con la edad. Un poco menos de la mitad de los niños presentaron síntomas (47%), siendo estos de carácter leve. Fiebre, cefalea y rinorrea mucosa fueron los más frecuentes. Ningún niño fue hospitalizado. La gran parte de los niños son identificados por medio de estudio de contactos (88,8%), destacando el contacto domiciliario por encima de los demás

Conclusiones. Todas las edades son susceptibles a la infección por SARS-CoV-2. La mayoría de los niños tienen un curso clínico favorable con manifestaciones clínicas leves. La inespecificidad del cuadro dificulta la identificación de síntomas característicos y, por lo tanto, de su diagnóstico. Son necesarios amplios estudios poblacionales que permitan conocer mejor la COVID-19 en los niños y adolescentes con el fin de establecer estrategias específicas para estos grupos de edad.

ESTUDIO DESCRIPTIVO CLÍNICO-MICROBIOLÓGICO SOBRE LAS PICADURAS DE GARRAPATA EN NUESTRO MEDIO Y SUS COMPLICACIONES. Segovia Molina I, Salamanca Zarzuela B, Antoñón Rodríguez M, Pernía Sánchez JV, Cancho Soto T, Díez Monge N, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivo. Las garrapatas son artrópodos hematófagos obligados, se han convertido en el principal vector de enfermedades infecciosas en el mundo industria-

lizado. Presentan la capacidad de ser huéspedes intermedios en procesos víricos, bacterianos y protozoarios de gran importancia en Salud Pública. Las tasas de infección son más altas en niños entre los 5 y los 15 años. El objetivo del presente estudio fue conocer las características epidemiológicas y clínicas que acompañan a las picaduras de garrapata, así como el manejo diagnóstico-terapéutico más adecuado de las mismas.

Método. Estudio observacional descriptivo que incluye pacientes menores de 14 años que consultan por picadura de garrapata o por complicaciones derivadas de las mismas en Urgencias de un Servicio de Pediatría en 2021. Se estudiaron manifestaciones clínicas, datos epidemiológicos, necesidad de tratamiento, complicaciones y estudio microbiológico de la propia garrapata.

Resultados. Presentamos una muestra de 12 pacientes. La edad media observada fue de 6 años, 7 pacientes niñas (58%) y 5 niños (42%). La extracción de la garrapata se realizó en 7 de los casos en Urgencias, 4 en domicilio y en un caso no se realizó extracción pues no se objetivó picadura. En siete de los pacientes se observaron manifestaciones cutáneas y adenopatías regionales. Cinco de los pacientes requirieron tratamiento antibiótico. Entre los pacientes que presentaron complicaciones destacan dos enfermedades de Tíbola con serología posterior positiva para *Rickettsia* y una enfermedad de Lyme con serología positiva para *Borrelia burgdorferii*. Respecto al examen de las garrapata extraídas, el género predominante fue *Ixodes ricinus* y cuatro de las cinco garrapatas estudiadas resultaron positivas para *Rickettsia*.

Conclusión. Los resultados observados se corresponden con los datos epidemiológicos conocidos hasta el momento. El espectro de enfermedades transmitidas por garrapatas ha aumentado considerablemente en los últimos años debido a una mayor observación clínica epidemiológica y a la mejora en técnicas diagnósticas incluida la detección de microorganismos por PCR en las garrapatas extraídas. El Tíbola es una de las complicaciones secundarias a este artrópodo que se encuentran en aumento en los últimos años, debido al aumento en la prevalencia de *Rickettsia slovaca* en nuestro medio.

EXPERIENCIA CON PÁNCREAS ARTIFICIAL MINIMED 780G® TRAS 6 MESES. Rodríguez Lorenzo P, Fernández Rodríguez H, González Carrera E, Huidobro Fernández B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. El páncreas artificial es un sistema automático de liberación de insulina. Está formado por una bomba

de insulina, un monitor continuo de glucosa intersticial y un algoritmo de control. En función de las medidas de glucosa, el algoritmo determinará la infusión basal de insulina necesaria para mantener la glucemia objetivo, así como la liberación de bolos correctores. El sistema Minimed 780G® se comercializó en España en octubre del 2020.

Objetivos. Valorar el control metabólico con el sistema Minimed 780G®.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo en el que se comparan las variables de control glucométrico antes de iniciar tratamiento con la bomba Minimed 780G® y el sensor Guardian 3® y a los 6 meses de terapia con la misma.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes, con una edad media 10.6 años, tiempo de evolución de diabetes 5.0 años (tratamiento previo: 4 bomba Minimed 640G, 1 múltiples dosis de insulina).

	Pre (media± desv. típica)	Post (media± desv. típica)
Glucemia (mg/dl)	174,2±13,5	147,8±6,5
GMI (manejo glucosa%)	7,3±0,1	6,7±0,2
Variabilidad (%)	31,9±4,2	31,9±1,7
T rango >250 (mg/dl)	6,3±3,9	2,0±1,2
T rango 250-181(mg/dl)	29,0±2,4	17,3±4,0
T rango 180-70 (mg/dl)	63,4±5,5	79,5±4,43
T rango 69-54 (mg/dl)	1,1±0,9	1,25±0,89
T rango <54 (mg/dl)	0,1±0,2	0,0±0,0
T sensor activo (%)	92,4±4,7	90,3±5,2
Insulina total (U totales)	38,7±19,6	52,5±23,8
Insulina basal (%)	42±4,9	40,5±7,3
HbA1C (%)	7,1±0,5	6,6±0,4

*p>0.05 en todas las comparaciones (no significativo).

Conclusiones. Aunque los resultados no son significativos (muestra pequeña), con el nuevo dispositivo nuestros pacientes se encuentran mejor controlados: todos permanecen más tiempo en rango (en comparación a los previos) y presentan un descenso de la hemoglobina glicosilada, lo que supone un mejor control de su enfermedad.

IMPACTO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL INMEDIATO TRAS CESÁREA SOBRE LA TASA DE LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD. *García-Miralles LC¹, Bolea Muguruza G¹, de Frutos Martínez MC¹, Lozano Hospital A², Porras Hidalgo S³, Santamaría Sanz P¹,*

Menéndez Bango C¹, Pérez Salas S¹. ¹Unidad de Neonatología, Servicio de Pediatría; ²Área de Partos; ³Área de Puerperio, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos.

Objetivos. LA OMS recomienda el contacto piel con piel precoz (CPP) para el establecimiento de la lactancia materna (LM), pero existen dificultades en nuestro entorno para ofrecer este cuidado en los partos por cesárea. Nuestro objetivo fue conocer el impacto de la extensión del CPP a los partos cesárea, sobre las tasas de LM en nuestra Maternidad.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo, comparando tasa de LME en Maternidad, en dos cohortes de madres intervenidas de cesárea y sus recién nacidos (RN). En nuestro centro, no existía la posibilidad de realizar CPP en cesáreas (PRE: julio 2019-febrero 2020). La saturación de las unidades de reanimación, debido a la pandemia SARS-CoV-2, propició extender el CPP a la mayoría de los partos por cesárea, permitiéndonos estudiar su impacto (CPP: abril 2020-febrero 2021). Se excluyeron: RN prematuros, ingreso en Neonatología, decisión materna de no-LM y, en el grupo CPP, hijos de madre COVID-positiva. Se define LME: alimentación exclusiva con leche materna (pecho y/o extraída) durante todo el ingreso en Maternidad.

Resultados. Se incluyeron 318 RN, 148 PRE y 170 CPP, sin diferencias significativas en cuanto a las características perinatales (edad materna, paridad, gestación múltiple, lactancia previa de la madre; edad gestacional, sexo y peso al nacer del RN). En la cohorte CPP, el 68% realizó este cuidado, ausente en el grupo PRE. La tasa de LME se incrementó de forma significativa en el grupo CPP (43,24% PRE vs 55,3% CPP, p=0,03). En la cohorte CPP, la tasa de LME fue significativamente superior en aquellas madres que hicieron CPP (62,60% vs 40%, p<0,001). El análisis multivariante mostró el CPP como el único factor relacionado con el incremento de LME.

Conclusiones. En nuestra maternidad, el CPP ampliado a las cesáreas ha permitido incrementar la tasa de LME. Nuestros resultados apoyan la idea, ya conocida, de que el CPP es un factor favorecedor para el establecimiento de la LM.

NEUTROPENIAS AUTOINMUNES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *Iglesias Rodríguez M, Zarandona Leguina S, Corpa Alcalde A, Obregón Asenjo M, García Miralles LC, Gil Calderón FJ, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

TABLA I

Paciente	Año de debut/edad	Estado actual	Cifra mínima de neutrófilos	Infecciones asociadas/profilaxis	G-CSF	Patología asociada
Varón 1	2015/10 meses	Seguimiento	100/mm ³	Sí/No	Sí	No
Varón 2	2017/7 meses	Resuelta	400/mm ³	No/No	No	No
Varón 3	2019/1 año	Seguimiento	300/mm ³	No/No	No	No
Varón 4	2021/9 años	Resuelta	0/mm ³	No/Sí	Sí	Sí
Mujer	2021/1 año	Seguimiento	250/mm ³	No/No	No	No

Objetivos. Conocer la epidemiología de los casos de neutropenia autoinmune con anticuerpos antineutrófilos confirmados mediante inmunofluorescencia directa en nuestro hospital en los últimos 5 años.

Material y métodos. Consulta de la bibliografía actualizada acerca de la neutropenia autoinmune durante la infancia y revisión de las historias clínicas de los pacientes con codificación de NEUTROPENIA (códigos D70.9, 288.00 y 288.09), atendidos en nuestro hospital, con anticuerpos antineutrófilos positivos, y con edad inferior a 14 años al momento del diagnóstico.

Resultados. En los últimos 5 años en nuestro centro cumplen los criterios de inclusión 5 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 2,5 años y una proporción de 4:1 varones frente a mujeres (Tabla I). En nuestra serie no se cumple la proporción varones:mujeres, con un 80% de pacientes masculinos, y el rango de edad de debut se encuentra en el periodo de lactancia en todos los casos, excepto en el paciente Varón 4, que con 9 años desarrolló neutropenia autoinmune secundaria en el contexto de un linfoma de Burkitt. Solo dos pacientes precisaron tratamiento con G-CSF, uno por presentar infecciones bacterianas potencialmente graves de repetición y el otro en el contexto de su tratamiento oncológico. La evolución de los pacientes ha sido favorable, sin infecciones graves excepto en el primer caso, sin nuevos episodios desde que recibió un ciclo de G-CSF. Actualmente, dos presentan cifras normales de neutrófilos, mientras que el resto continúan en seguimiento con cifras inferiores a las correspondientes por edad.

Conclusiones. La neutropenia autoinmune es una entidad de carácter transitorio de predominio en la lactancia. Su asociación con otras enfermedades autoinmunes es rara, y la evolución es favorable. Solo ante infecciones repetidas u otras enfermedades asociadas está indicado recibir tratamiento con G-CSF, no siendo necesario en el resto de casos, con tendencia a la resolución espontánea. Es obligado su planteamiento ante neutropenias persistentes, confirman-

dola mediante la detección de anticuerpos antineutrófilo mediante inmunofluorescencia directa.

LA INFLUENCIA DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRENTE A LA COVID-19 EN LA INCIDENCIA DE BRONQUIOLITIS GRAVES. *Martín Pino S, Delgado Nicolás S, Fernández Díaz C, García García CJ, Mayordomo Colunga J, Rey Galán C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La coexistencia de la pandemia por la COVID-19 con otras epidemias estacionales como la bronquiolitis aguda (BA) del lactante causó gran incertidumbre por la carga asistencial que podría ocasionar. En el hemisferio sur se detectaron menor número de casos de BA y de hospitalizaciones secundarias a esta enfermedad durante el periodo de pandemia.

Objetivos. Estudiar la incidencia, gravedad y etiología de las bronquiolitis graves durante la pandemia por la COVID-19 en el Principado de Asturias y compararla con la época precovidica. Como objetivo secundario, determinar si se produjeron bronquiolitis por el SARS-CoV-2.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y ambispectivo con dos cohortes definidas por dos temporadas de estudio, la temporada precovidica y la temporada 2020-2021. Se estudió la incidencia de hospitalizaciones por bronquiolitis, las variables demográficas edad y sexo, la etiología y los indicadores de gravedad.

Resultados. La incidencia de hospitalizaciones por bronquiolitis fue de 3,5/10.000 en la temporada 2020-2021, respecto a 116/10.000 en la temporada precovidica ($p < 0,001$). En el invierno 2020-2021 ingresaron un total de 4 pacientes y ninguno de ellos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, hecho que no se había producido previamente en los 26 años de funcionamiento de esta unidad. No se ha detectado ningún caso de bronquiolitis provocado por el SARS-CoV-2.

Conclusiones. La incidencia de bronquiolitis graves en nuestra región disminuyó considerablemente con la instauración de las medidas de protección frente a la COVID-19. Con los datos obtenidos durante los meses comparados no hay evidencia suficiente para determinar la gravedad y etiología de las bronquiolitis durante la pandemia.

INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL: UN ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON ASMA Y RINOCONJUNTIVITIS ALÉRGICA. Romano Medina A, Marcos Temprano M, Palomares Cardador M, García Montero M, García Barberó E, Rodríguez del Rosario S, Goetz Sanz MC, Carranza Ferrer J. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La inmunoterapia con alérgenos es eficaz y segura en el tratamiento de las alergias ambientales, siendo efectiva en el tratamiento de la rinoconjuntivitis y el asma y reduciendo la sintomatología, uso de medicación y número de exacerbaciones.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de rinoconjuntivitis y/o asma alérgica que recibieron inmunoterapia sublingual. Se hizo una revisión de las historias clínicas mediante Jimena4 y se realizó el análisis estadístico con SPSS.

Resultados. Se incluyó en el estudio a 98 pacientes con edad media de $8,82 \pm 2,3$ años. El 87,8% recibió inmunoterapia frente a un solo alérgeno entre los que destacaban las gramíneas (88,8%), seguido de alternaria (6,1%). El 68% de los pacientes recibió tratamiento en tabletas y el 32% en gotas. El 99% de los pacientes presentaba rinoconjuntivitis y el 57% de los pacientes asma asociada. El 72,9% refería antecedentes familiares de primer grado de asma o alergias. El 99% se encontraba en tratamiento con antihistamínico pautado, el 58,2% precisaba salbutamol de rescate y un 33,7% precisaba tratamiento de base para control del asma. El 70,4% había finalizado el tratamiento con una media de duración de 3,5 años. Se observó que el 78,9% de los pacientes con rinitis intermitente moderada pasó a tener una rinitis intermitente leve y el 55,5% no volvió a precisar tratamiento con antihistamínico pautado. En cuanto a los pacientes con asma episódica frecuente se observó que el 94% pasó a tener un asma episódica ocasional, pudiendo retirar tratamiento controlador en el 94,1% de los pacientes y sin necesidad de broncodilatador de rescate el 53%. El 64,6% de los pacientes referían una mejoría destacable de los síntomas y el 26% una mejoría relativa.

Conclusiones. La inmunoterapia sublingual ha demostrado eficacia adecuada en el control de los pacientes con

rinoconjuntivitis y/o asma alérgica. Además, presenta como ventaja frente a la subcutánea la posibilidad de ser administrada en domicilio, lo que ha favorecido la adherencia durante la pandemia del SARS-CoV-2.

EL MOTIVO DE CONSULTA DEL TRIAJE NO ES UN DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS DE EDEMA PALPEBRAL BILATERAL. Gutiérrez Zamorano M, Garrote Molpeceres R, García Saseta P, Marcos Temprano M, Llorente Sanz B, Sáez García LM, Alonso Ferrero J, Romero D. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El edema palpebral bilateral (EPB) de inicio súbito o insidioso no siempre obedece a causa alérgica. Es cierto que el angioedema es un signo clínico característico de reacciones alérgicas, pero existen muchas patologías donde es frecuente encontrar EPB que no lo es. La anamnesis y exploración física nos guiarán hacia el diagnóstico independientemente de lo catalogado en el Triage de Urgencias Pediátricas.

Casos clínicos. Caso 1: Mujer, 12 años. Aparición EBP pruriginoso de 3 días de evolución, sin respuesta a antihistamínicos ni corticoterapia oral. *Triage: Nivel de gravedad 5:* Alergia sin especificar. En la anamnesis refiere infección por *S. pyogenes* faríngeo hace 3 semanas. EF: EPB y pretibiales, resto normal. TAS/TAD >Pc 95/95 para su edad, sexo y percentil de talla. Sistemático urinario: hematuria 4+, proteinuria 4+, cociente Prot/Cr >2. Hipoalbuminemia con hipertrigliceridemia sanguíneas. *Diagnóstico final:* Sd nefrítico postestreptocócico asociado a Sd nefrítico.

Caso 2: Mujer, 3 años. Inicio de EPB tras ingesta de ibuprofeno por cuadro febril. *Triage: Nivel de gravedad 4:* Reacción cutánea sin especificar. En la anamnesis destaca fiebre elevada y astenia; en la exploración física el EPB y palpación de esplenomegalia. Se extrae analítica con medición de linfocitos activados así como serologías para VEB. *Diagnóstico final:* Mononucleosis infecciosa.

Caso 3: Varón, 4 años. Presenta EPB y edema labial tras ingesta de frutos secos. *Triage: Nivel de gravedad 3:* Anafilaxia. En la exploración física destaca angioedema, lesiones urticariformes y dificultad respiratoria, por lo que se administra adrenalina IM y corticoterapia oral. Se completa estudio con Prick e IgE específica positivos para avellanas y nueces. *Diagnóstico final:* Alergia a frutos secos avellanas y nueces.

Conclusiones. El EPB es un signo clínico que puede pertenecer a diferentes patologías con distinta etiopatogenia y gravedad, como las descritas en los casos clínicos comenta-

dos. La organización de los servicios de urgencias permite una mejor canalización y atención del paciente gracias a los servicios de *Triaje*, pero debemos ser cautos con el motivo de consulta comentado por el paciente y saber orientarlo hacia una patología concreta con ayuda de una buena historia clínica lo más detallada posible y una minuciosa exploración física, herramientas diagnósticas fundamentales para todo buen médico y pediatra.

HIJOS DE LA PANDEMIA: UNA COHORTE DE RECIÉN NACIDOS DE MUJERES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2 DURANTE EL EMBARAZO. *Pou Blázquez Á, Castañón López L, Alejos Antoñanzas M, Fernández García A, Fernández Fernández D, Molleda González S, Martínez Pérez M, Muñoz Cabrera VP. Servicio de Pediatría. Hospital de León. León.*

Objetivos. Se pretende describir las características clínicas y microbiológicas de los recién nacidos (RN) de mujeres con infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo, que dieron a luz en nuestro hospital durante la pandemia de coronavirus.

Material y métodos. En esta serie de casos fueron incluidos los recién nacidos en nuestro hospital entre en 1 de marzo de 2020 y el 1 de octubre de 2021 (18 meses) cuyas madres tuvieron un resultado positivo en una prueba diagnóstica de infección por SARS-CoV-2 durante algún momento del embarazo. Se realizó un análisis observacional, descriptivo y retrospectivo de las características de los pacientes.

Resultados. Fueron incluidos un total de 79 RN, todas sus madres tenían confirmación microbiológica de haber padecido infección por SARS-CoV-2 durante la gestación. La mediana de edad gestacional (EG) fue de 40 semanas [RIQ 38,8-40,7]. Del total de RN, 43 (54%) eran varones, 75 (95%) presentaban un peso adecuado para la EG y 5 de ellos (6,3%) fueron prematuros. La mayoría de las madres (66%) presentaron una infección leve. En las madres con infección grave (5%) se observó una mayor tasa de prematuridad (50%) frente al resto (4%), $p=0,018$. La infección por SARS-CoV-2 se produjo en el primer trimestre de embarazo en las madres de 13 RN (17%), de 24 (30%) en el segundo y de 42 (53%) en el tercer trimestre; no observándose diferencias en la tasa de prematuridad entre trimestres. Se realizó PCR en las primeras horas de vida a 48 de los RN (61%), siendo negativa en todos los casos. Asimismo, se realizó serología a 53 de los RN (67%) siendo la IgG para SARS-CoV-2 positiva en 41 de ellos (77%). No se observaron diferencias en la tasa de transferencia de anticuerpos maternos a los RN indepen-

dientemente del trimestre de gestación en el que se produjo la infección ni de la gravedad de la infección materna.

Conclusiones. No se observó transmisión transplacentaria de SARS-CoV-2. En los casos de infección grave por coronavirus en el embarazo parece haber una mayor tasa de prematuridad. Existe una alta tasa de transferencia de anticuerpos IgG a RN cuyas madres se infectaron por coronavirus durante el embarazo, pero no se observó relación con el momento ni la gravedad de la infección.

DAÑO RENAL AGUDO EN SEPSIS PEDIÁTRICA. *Sáez García LM¹, Alonso Ferrero J¹, Gutiérrez Zamorano M¹, Oliveri Guilarte H¹, Garrote Molpeceres R², Bermúdez Barreza L³, Pino Vázquez A³. ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Nefrología Pediátrica; ³Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El daño renal agudo (DRA) es un importante factor de riesgo de morbi-mortalidad en niños y recién nacidos ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI), principalmente en contexto de sepsis. El porcentaje de niños que ingresan en estas unidades y desarrollan DRA varía entre un 48 y un 68%, este porcentaje se incrementa al 71,03% en el caso de la asociación de sepsis y DRA.

Objetivos. Observar las características clínico-epidemiológicas, diagnóstico-terapéuticas y evolutivas de los niños diagnosticados de sepsis en nuestra UCI Pediátrica y Neonatal, analizando el desarrollo de DRA.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo, descriptivo y analítico. Análisis de función renal. Población estudiada: niños del área de Valladolid Este y áreas sanitarias de referencia diagnosticados de sepsis (≤ 15 años) e ingresados en nuestra UCI Pediátrica y Neonatal en los últimos 5 años.

Resultados. Se registraron 105 sepsis, 65 (61,9%) neonatales y 40 (38,1%) pediátricas. Mediana etaria al diagnóstico de sepsis neonatales: 0,33 (0,25-0,46) meses *vs* 33,5 (5,25-84) meses en las pediátricas. Media de ingresos anual de 21 (18-24) ingresos/año y una mediana de días de ingreso de 16 (5-48). 47 (44,8%) eran mujeres y 58 (55,2%) varones. 86 (81,9%) presentaban riesgo de DAR y un 37,1% (39) sobrecarga de volumen. 80,9% (85) pacientes desarrollaron DAR, 75 de ellos (88,2%) presentaron alteración del Score Renal Angina Index (RAI) definida como puntuación ≥ 8 y relacionada con desarrollo de DAR, con un FGe (Schwartz 2009) de 14,58 ml/min/1,73 m² (11,34-17,34) en los 55 neonatos con DAR y de 45,26 ml/min/1,73 m² (36,93-61,5) en 20 niños

con DAR. Razón de masculinidad de DAR 1,07. Fallecieron 9 (10,6%) pacientes, todos ellos con DAR; 8 (88,8%) eran prematuros. Solo un paciente precisó depuración extrarrenal. Desarrollo de enfermedad renal crónica en 8 niños (44,4%) de 18 seguidos en consulta de Nefrología Pediátrica.

Conclusiones. Es importante diagnosticar y tratar precozmente el DAR asociado a sepsis infantil y utilizar escalas de valoración del riesgo individual (Score RAI) para mejorar el pronóstico vital y renal de estos niños. El uso de estas escalas permite predecir los pacientes con mayor riesgo y establecer medidas terapéuticas y preventivas de forma individualizada.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN PATOLOGÍA CRÓNICA INFANTIL. *Gutiérrez Zamorano M, Sáez García LM, Aldana Villamañán M, De Juan Font M, Garrote Molpeceres R, Bartolomé Cano ML, Bartolomé Albistegui MJ, González García H.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Analizar la calidad de vida de pacientes pediátricos enfermos crónicos así como la sobrecarga del cuidador principal y la dinámica familiar de forma comparativa con población pediátrica sana y sus cuidadores. Evaluar la importancia de un abordaje multidisciplinar médico y psicológico tanto para los pacientes crónicos como sus familias.

Material y métodos. Estudio observacional transversal descriptivo retrospectivo. Estudio en población pediátrica del área Este de Valladolid diagnosticados de patología crónica (nefrológica, oncológica, neumo-alergológica y endocrinológica) y en sus cuidadores principales, mediante la utilización de cuestionarios como EQ-5D-Y (calidad de vida del paciente pediátrico) y Zarit y FACES III (cuidadores principales). Se compara con población control sana tanto pediátrica como adulta (cuidadores principales).

Resultados. Se estudiaron 122 pacientes pediátricos y 122 cuidadores principales, sin diferencias entre grupos en cuanto a mediana etaria y sexo. Se analizaron 122 encuestas EQ-5D-Y, Zarit y FACES III [20 niños (16,4%) con patología renal (16,4%), 20 (16,4%) con patología tumoral en remisión, 22 pacientes neumo-alergológicos (18%), 20 pacientes endocrinológicos (16,4%) y 40 controles sanos (32,8%)]. En EQ-5D-Y se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre sanos y enfermos en casi todas las categorías (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor, preocupación), destacando sentimientos de preocupación/

tristeza en 20 pacientes crónicos (24,4%) frente a 2 sanos (5%), $p=0,006$. Tanto en los cuestionarios de Zarit como FACES III, se aprecian alteraciones en la dinámica familiar y del cuidador principal en pacientes con patología crónica 26,83% ($n=22$) frente un 15% de niños sanos ($n=6$); 8 (9,8%) padres de niños con patología crónica refirieron sobrecarga intensa en el cuidado de los niños.

Conclusiones. El componente psicosocial de las enfermedades crónicas ocupa una parte muy importante de la enfermedad. Frecuentemente la sobrecarga laboral impide su evaluación y abordaje. La mayoría de patologías crónicas, pediátricas o adultas, conlleva una importante carga tanto psicológica para el propio paciente como global para las familias, especialmente para el cuidador principal. El análisis de estos aspectos mediante cuestionarios de calidad de vida ayuda a detectar precozmente estas alteraciones y a establecer terapias específicas dirigidas, tanto farmacológicas como psicosociales, con objeto de disminuir la angustia e incertidumbre del niño y reducir la sobrecarga del cuidador principal, así como optimizar la dinámica familiar.

FUNCIÓN RENAL EN LAS TUBULOPATÍAS INFANTILES. *Alonso Ferrer J¹, De Juan Font M¹, Aldana Villamañán M¹, Gutiérrez Zamorano M¹, Sáez García LM¹, Aldana Villamañán I¹, Garrote Molpeceres R², González García H¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Las tubulopatías infantiles son un grupo heterogéneo de entidades definidas por anomalías de la función tubular renal. Se distinguen en "hereditarias o primarias" o "secundarias" a tóxicos, fármacos u otras enfermedades. Cada entidad tiene una edad de aparición, manifestaciones clínicas y analíticas, gravedad y pronóstico propios.

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas, diagnóstico-terapéuticas y evolutivas de las tubulopatías primarias infantiles. Evaluar su pronóstico renal y vital.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo y observacional transversal. Análisis de las funciones tubular y renal (estudio de biomarcadores). Población estudiada: población pediátrica del área de Valladolid Este diagnosticada de tubulopatía primaria en la infancia (≤ 15 años) en nuestra consulta de Nefrología Pediátrica en los últimos 10 años.

Resultados. Se registraron 20 tubulopatías, siendo 10 (50%) varones y 10 (50%) mujeres. Mediana etaria al diagnóstico: 5,7 años (2,2-8,6), sin diferencias por sexos. Mediana

etaria actual: 10 años (8,1-12,2). Mediana de tiempo de evolución: 6,7 años (1,7-10,3). Motivos de consulta en Nefro-Pediátrica: en 8 (40%) mal estado general con alteraciones hidroelectrolíticas, calambres musculares y palpitaciones en contexto de patología digestiva (vómitos, diarrea y fiebre), en 5 (25%) hematuria por cólico renal, en 4 (20%) deshidratación hipernatrémica asociada a poliuria/polidipsia y alteración del equilibrio ácido-base, en 2 (10%) glucosuria y en 2 (10%) deformidades óseas y talla baja. Se diagnosticaron 10 tubulopatías (50%) del túbulo distal/colector, 6 (30%) proximales y 4 (20%) del Asa de Henle. La más frecuente fue el Sd de Gitelman [6 pacientes (30%)]. Se estableció tratamiento dirigido en función del tipo de tubulopatía. Evolutivamente se diagnosticó a 11 pacientes (55%) con alteración de concentración urinaria, 7 (35%) hipercalcemia, 4 (20%) desarrollaron enfermedad renal crónica, 10 (50%) hipocrecimiento y 3 (15%) precisaron ingreso secundario a transgresión terapéutica en adolescencia, por rechazo de la medicación y negación de la enfermedad.

Conclusiones. Es importante diagnosticar y tratar precozmente las tubulopatías infantiles para mejorar su pronóstico renal y vital, así como valorar los aspectos psicosociales del niño y la familia para optimizar su tratamiento mejorando su apoyo psicosocial.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: ETIOLOGÍA, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO A LARGO PLAZO. *Pérez-Báguena MP, Villalón-Martínez MC, Alonso-Díez C, Garrido-Martín M, Hernández-Pinchete S, Martín-Valbuena J, Roux-Rodríguez A, Criado-Muriel C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Objetivos. Realizar diagnóstico diferencial entre microangiopatías trombóticas, síndrome hemolítico urémico típico y síndrome hemolítico urémico atípico. Valoración del eculizumab como primera línea terapéutica en el síndrome hemolítico urémico atípico en pacientes con variantes genéticas asociadas con alteraciones del complemento, pronóstico a largo plazo de las distintas etiologías conocidas y posible suspensión del tratamiento con eculizumab en pacientes seleccionados.

Material y métodos. Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed® y UpToDate® de estudios, revisiones y guías publicadas en los últimos 10 años sobre síndrome hemolítico urémico atípico, etiología, pronóstico y tratamiento. Lectura crítica de artículos hallados y selección de aquellos de mayor interés para la mejora de la práctica clínica

diaria y manejo de los pacientes con síndrome hemolítico urémico atípico.

Resultados. Selección de 15 artículos, con fechas de publicación entre 2014 y 2021. La etiología más frecuente de síndrome hemolítico urémico atípico la componen las alteraciones del complemento, suponiendo hasta un 60-70% del total. Dentro de estas alteraciones se han hallado distintas variantes genéticas con diferente pronóstico a largo plazo, para las que el tratamiento con eculizumab podría resultar beneficioso. Actualmente hay una gran controversia sobre la duración del tratamiento y su posible suspensión, debido a sus efectos sobre el sistema inmune y el coste económico a largo plazo.

Conclusiones. La suspensión del tratamiento con eculizumab en pacientes diagnosticados de síndrome hemolítico urémico atípico con factores de buen pronóstico podría ser una opción válida valorando la relación riesgo-beneficio en cada caso.

CELIAQUÍA Y FIBROSIS QUÍSTICA: MAS QUE UNA COMORBILIDAD. *Molleda González S, González Mieres C, González-Lamuño Sanchis C, Iglesias Blázquez C, Hierro Delgado E, Robles I, Medina Guerrero C, Pou Blázquez Á. Servicio de Pediatría. Hospital de León. León.*

Introducción. La enfermedad celíaca y la fibrosis quística (FQ) son dos de los grandes síndromes malabsortivos de la infancia. Existe cierta superposición en la clínica de ambas enfermedades, pudiéndose manifestar con sintomatología digestiva como diarrea, estreñimiento, esteatorrea o dolor abdominal. Por otra parte, quizá menos conocida, existe una coincidencia en los mecanismos patogénicos: el déficit de CFTR aumenta la respuesta inmune innata al gluten, mientras que los péptidos de gliadina son capaces a su vez de inhibir la actividad ATPasa de CFTR, lo que conduce a una mayor respuesta inflamatoria.

Caso clínico. Niña con diagnóstico de fibrosis quística homocigota (f508del) en el cribado neonatal. Durante su seguimiento no ha presentado clínica respiratoria significativa, salvo cuadros catarrales aislados, objetivándose a los 14 meses colonización por *P. aeruginosa* que recibió antibioterapia constatándose erradicación. Sin embargo, a nivel digestivo refieren diarreas con esteatorrea desde los primeros meses de vida, precisando tratamiento con enzimas pancreáticas y suplementación de vitaminas liposolubles. A los 17 meses de edad acude a urgencias con clínica de estreñimiento de varios días de evolución; así como pérdida de peso, rechazo de la ingesta, distensión abdominal y vómitos desde hace 1 mes.

Ante la sospecha de obstrucción intestinal distal secundaria a aumento de dosificación de enzimas pancreáticas exógenas, ingresa, se administra enema con gastrografín y se inicia nutrición enteral por SNG con fórmula hidrolizada. Se extrae analítica sanguínea completa donde destacan unos valores de anticuerpos antitransglutaminasa IgA más de 10 veces el valor normal, con anticuerpos antiendomiso positivos y genética compatible con enfermedad celíaca, cumpliendo criterios ESPGHAN 2012 para diagnóstico de EC sin endoscopia. Tras la retirada del gluten presentó progresivamente

mejoría significativa de la clínica digestiva con normalización de las deposiciones y ganancia ponderal.

Discusión. Como evidencian casos como el presentado, la coexistencia de ambas patologías empeora la clínica digestiva de estos pacientes, aumentando el riesgo de manifestaciones graves. Todo esto, unido a la mayor prevalencia de la enfermedad celíaca en varias cohortes de pacientes con fibrosis quística justifica la necesidad de realizar un cribado con serología celíaca en aquellos pacientes que presenten un empeoramiento digestivo.

Comunicaciones Grabadas

SOSPECHA DE LINFOHISTIOCITOSIS EN PACIENTE CON BICITOPENIA. Robles Álvarez I, De Castro Vecino P, Fernández Fernández D, Molleda González S, Pou Blázquez Á, Hevia Tuñón A, Martínez Saenz de Jubera J, Martínez Robles V. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.

Introducción. La citopenia es la disminución de cualquiera de las series hematopoyéticas en sangre periférica. La linfocitosis hemofagocítica (LHL), entidad potencialmente grave, cursa con producción incontrolada de histiocitos que fagocitan células hematopoyéticas, y provocan hiperinflamación y destrucción tisular. Existe una forma primaria genética y otra secundaria a enfermedades (infecciosas, neoplásicas, reumatológicas, etc.). Para diagnosticarla es necesario cumplir cinco criterios clínicos y/o analíticos de un total de ocho.

Caso clínico. Niña de 11 años con fiebre de 5 días, máxima de 39°C. Asocia hiporexia y astenia significativa. Presenta micropetequias en miembros inferiores y hepatomegalia dolorosa. Se realiza analítica objetivándose bicitopenia con neutropenia leve (1.180 neutrófilos/ul) y trombopenia grave (9.000 plaquetas/ul), e hipertransaminasemia. Los reactantes de fase aguda, marcadores de lisis tumoral y resto de parámetros son normales. Se amplía el estudio con serologías (SARS-CoV-2, Adenovirus, *Parvovirus B19*, *Toxoplasma*, *Salmonella*, *Brucella*, VEB, VHS, VVZ, CMV, VIH, hepatotropos y PCR para *Leishmania*), hemocultivo, urocultivo, radiografía de tórax, ecografía de abdomen, punción lumbar y biopsia de médula ósea. Resultados normales en todos los casos salvo presencia de hemofagocitos abundantes en médula. En analítica ampliada: hiperferritinemia (11.666 nm/ml) con receptor de interleucina 2 (sCD25) normal. Se plantea el diagnóstico de LHL (cumpliendo cuatro criterios) secundario a linfoma con infiltración medular. Se solicita PET-TAC que presenta captación en cavum. Se realiza biopsia con hallazgo

de celularidad reactiva sin atipias. La sospecha diagnóstica final, a pesar de no cumplir todos los criterios, es LHL de causa no esclarecida, probablemente secundaria a una infección no filiada. La paciente presenta inicialmente letargia y cefalea, con resolución clínica y analítica a partir del 5º día de ingreso, siendo dada de alta sin precisar tratamiento.

Comentarios. La LHL es una entidad potencialmente grave, a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de citopenias. La presentación inicial puede ser fiebre con afectación del estado general. Si el paciente se encuentra inestable, es necesario iniciar tratamiento precoz y administrar medidas de soporte.

UTILIZACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS EN POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: EXPERIENCIA CON SULINDACO. Corpa Alcalde A¹, Arias Bueso P², Pérez Salas S¹, Laura Pérez Arnaiz, Tolín Hernani M², Sánchez Sánchez C², Miranda Cid C², Álvarez Calatayud G². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción. La poliposis adenomatosa familiar (PAF) se caracteriza por el desarrollo de múltiples adenomas en colon y recto. El desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) es inevitable a largo plazo. Presenta herencia autosómica dominante: mutación del gen APC (5q21). La colectomía es inevitable. La quimioprolifaxis con AINEs (Sulindaco) o I-COX2 (Celecoxib) ha sido la más estudiada, sin evidencia preventiva del desarrollo de malignidad; aunque disminuyen significativamente el número y tamaño de los pólipos.

Caso clínico. Adolescente de 16 años en seguimiento por PAF, diagnosticada a los 3,5 años como resultado de cribado familiar tras el fallecimiento prematuro (50 años) del abue-



Figura 1. Estudio endoscópico diciembre 2019, previo inicio de quimioprolifaxis. Múltiples pólipos sésiles y pediculados distribuidos por toda la circunferencia del colon-recto y sigma de la paciente (A), varios de ellos con importante vascularización, con sangrado al roce (B), confirmada por visión NBI (*narrow band imaging*) (C).

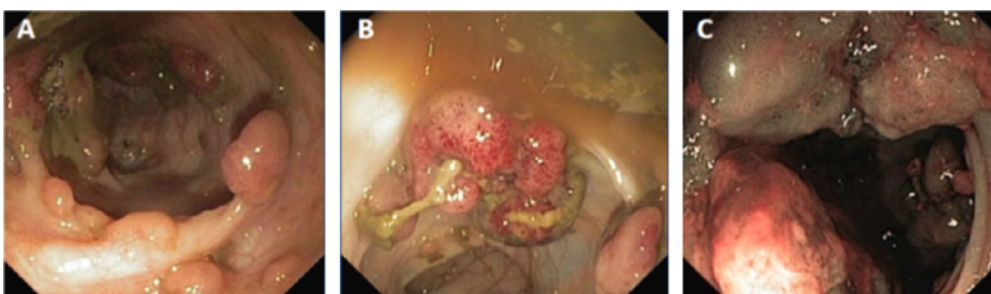


Figura 2. Estudio endoscópico julio 2020, previo inicio de quimioprolifaxis. Aumento importante de los pólipos sésiles y pediculados distribuidos por toda la circunferencia del colon-recto y sigma (> 20 en cada segmento) (A), varios de ellos con importante vascularización con sangrado al roce (B), confirmada por visión NBI (*narrow band imaging*) (C).

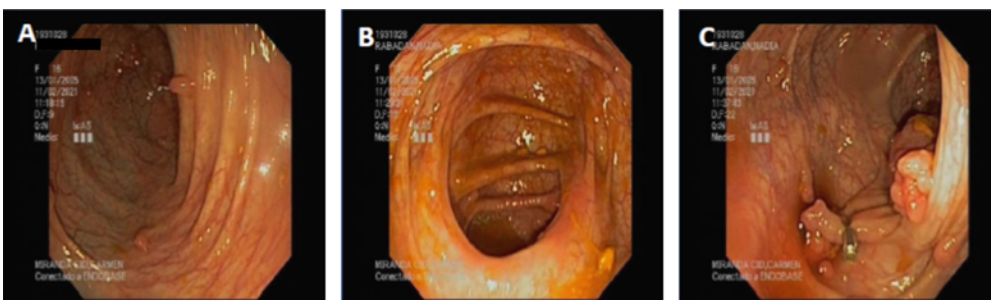


Figura 3. Estudio endoscópico febrero 2021, 5 meses en tratamiento quimioprolifaxis. Disminución importante en el número y tamaño de las formaciones polipoideas, de predominio en colon transverso y ascendente (< 15 en cada segmento) (A y B). Predominio crecimiento polipoideo en recto y sigma (15-20 en cada segmento) de igual características previas al tratamiento (C).

lo paterno por CCR. Se detecta la mutación del gen APC (5q21-q22) con afectación del exón 15 (c.3391C>T); en él, caso índice; 3 de sus 5 hijos, uno de ellos el padre de nuestra paciente. Se inician controles endoscópicos desde los cinco años. Se visualizan múltiples pólipos sésiles y pediculados (adenomas tubulares vellosos con grado de displasia variable –bajo-alto–) en toda la superficie de colon, recto y sigma con aumento en número y tamaño al inicio de la adolescencia (Figs. 1 y 2).

Asintomática hasta que en la pre-adolescencia comienza con clínica de deposiciones con sangre y dolor abdominal. Tras la menarquia, anemia severa (Hb 7,5 ADE 20 hierro 12, ferritina <2 con SOH ++), que precisa ferroterapia intravenosa. En dicho contexto; se decide inicio de quimioprolifaxis con Sulindaco: 150 mg cada 12 horas, evidenciándose importante reducción del tamaño y número de las lesiones tras 5 meses de tratamiento (Fig. 3), con mejoría clínico-analítica asociada.

Conclusiones. Sulindaco y Celecoxib, impiden la producción de prostaglandinas, inhibiendo la vía enzimática COX. Esto reduce la producción y progresión de los pólipos al aumentar su señal de apoptosis. Puesto que la adolescencia supone un periodo de multiplicación de pólipos, podría plantearse como momento idóneo para iniciar tratamiento. Clínicamente se observa disminución en el número, progresión e incluso la regresión incompleta de los pólipos principalmente a nivel rectal. No se ha confirmado protección en el desarrollo de CCR.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD POR BOCA-MANO-PIE. *Fernández Morán E¹, Muñoz San José M², Manjón García P³, Cudeiro Álvarez M³, Fernández Morán M².* ¹Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ²Pediatría, ³Enfermería de Pediatría. Centro de Salud de La Magdalena. Áviles, Asturias.

Introducción. La enfermedad boca-mano-pie es una de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en la edad pediátrica. Últimamente ha aumentado la presentación atípica por *Cosackie A16* con mayor expresividad clínica, más afectación del dorso de región distal de extremidades y asociación de lesiones purpúricas.

Caso clínico. Niño de 3 años que consulta por cuadro de exantema de 5 días de evolución asociando fiebre de 24 horas y ligera hiporexia por odinofagia. En la exploración destaca un exantema papular-pustulo con alguna lesión púrpurica en

pies y manos, con afectación tanto dorsal como palmar (*Fig. 1*). Extensión de las lesiones hacia codo y región peribucal junto con aftas en orofarínge. La distribución es sugestiva de enfermedad por boca-mano-pie atípica. Se recoge exudado faríngeo, positivo para *Cosackie A16*, confirmando el diagnóstico. Controles periódicos del niño objetivando mejoría clínica y resolución de las lesiones en una semana.

Conclusiones. La presentación atípica en la edad pediátrica requiere de un alto índice de sospecha y es causa de un retraso en el diagnóstico, un aumento de la propagación de la enfermedad y tratamiento inadecuados. El diagnóstico diferencial se realiza con impétigo ampolloso, dermatosis autoinmunes, entre otras.

TUMORACIÓN TORACOABDOMINAL NEONATAL. HALLAZGO INCIDENTAL. *Echeverría Carrillo JA, Galvañ Félix Y, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM, Nieto Arroyo M.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. Presentamos el caso clínico de un recién nacido diagnosticado incidentalmente mediante ecografía de tumoración toraco-abdominal con estudio prenatal normal. Los tumores localizados en mediastino posterior con prolongación abdominal son muy raros en niños, incluyéndose una amplia variedad de malformaciones congénitas y neoplasias.

Caso clínico. Neonato a término asintomático, con ecografías prenatales normales que al examen físico inicial pre-



Figura 1.

senta múltiples fisuras anales por lo que se solicita ecografía abdominal que demuestra la presencia de una masa en morfología de reloj de arena que se extiende desde el mediastino posterior hasta la cavidad abdominal con paso a través del hiato esofágico. Se confirma mediante resonancia magnética la presencia de una tumoración toraco-abdominal sólido-quística sin componente infiltrativo. Marcadores tumorales con evidencia de alfa fetoproteína elevada, catecolaminas en orina normales, gammagrafía con MIBG normal. Se indica tratamiento quirúrgico realizándose extirpación completa de la tumoración mediante abordaje combinado toracoscópico y laparotomía media supraumbilical. La tumoración se encontraba íntimamente adherida a esófago y curvatura menor del estómago por lo que el diagnóstico de sospecha quirúrgico fue el de duplicidad digestiva. Sin embargo el estudio anatómico-patológico evidencia la presencia de un teratoma inmaduro grado 2. Actualmente se encuentra asintomático y en seguimiento por oncología pediátrica.

Conclusión. La mayoría de las tumoraciones mediastínicas con o sin prolongación abdominal son asintomáticas durante la infancia y se diagnostican de forma casual. Pueden ocasionalmente detectarse antes del nacimiento y en ocasiones requerir tratamiento prenatal o ex-útero intraparto (EXIT). Su localización nos permite orientar el diagnóstico y en mediastino posterior las más frecuentes son: el ganglioneuroma, el neuroblastoma y las duplicidades digestivas. Los teratomas suponen del 8 al 16% de todas las masas mediastínicas, se localizan principalmente en mediastino anterior y el tratamiento indicado es la resección quirúrgica completa más quimioterapia en los teratomas malignos.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ULCUS MASIVO CON REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA. *Robles Álvarez I, Fuentes Martínez S, Alejos Antónanzas M, Grullón Ureña EC, Fernández García A, González-Lamuño Sanchis C, González Mieres C, Iglesias Blázquez C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. La hemorragia gastrointestinal en la edad pediátrica es infrecuente y normalmente leve. Sin embargo, los mecanismos de compensación de una pérdida aguda de volumen son poco eficaces, lo que hace a estos pacientes más vulnerables.

Caso clínico. Niño de 13 años trasladado por el 112 por dos episodios de pérdida de conocimiento compatibles con síncope. Entre ambos episodios presenta un vómito abundante con coágulos de sangre. Refiere pérdida de apetito y vómitos frecuentes de 12 meses de evolución, de intensidad

progresiva y predominio nocturno, sin restos hemáticos previamente. Afebril, sin otra clínica asociada. A su llegada a urgencias presenta tensión arterial sistólica inferior a percentil 5, por lo que se pauta una expansión intravenosa e ingresa en cuidados intensivos para monitorización y realización de pruebas complementarias: TAC craneal, analítica sanguínea y endoscopia digestiva alta. Resultan todas normales salvo endoscopia donde se objetiva un gran úlcus en bulbo duodenal excavado Forrest Ib y esofagitis grado D de los Ángeles. Ante diagnóstico de úlcera masiva, se sospecha gastrinoma o infección por *H. pylori*. Tras estudio ampliado normal (antígeno en heces y biopsia gástrica de *H. pylori*, medición de gastrina en sangre, TAC abdominal y gammagrafía con octreótido marcado), se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a altas dosis, con resolución del cuadro.

Comentarios. El diagnóstico de úlcera grande en esta edad obliga a descartar patologías subyacentes. La infección por *H. pylori* es la causa más frecuente, y la principal sospecha diagnóstica en nuestro paciente a pesar de no hallarse en las pruebas realizadas. El tratamiento inicial es con inhibidores de la bomba de protones para frenar la producción de ácido gástrico.

ENFERMEDAD DE SHAMBERG EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE UN CASO ÚNICO. *Rubio Granda A¹, Martín Pino S¹, Delgado Nicolás S¹, Vivanco Allende B², Garrido García E¹, Hidalgo García Y³, Fernández Miaja M¹. ¹Área de Gestión Clínica de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP) son un grupo de enfermedades poco frecuentes, benignas, siendo la forma más frecuente la enfermedad de Schamberg. Se caracterizan por la aparición de múltiples petequias sobre máculas hiperpigmentadas pardo-amarillentas, dando una imagen "en sal y pimienta". Predominan en extremidades inferiores, pudiendo extenderse a tronco y extremidades superiores. Histológicamente, se observa inflamación de los vasos en dermis papilar (capilaritis). La enfermedad presenta un curso crónico con remisiones y exacerbaciones.

Caso clínico. Paciente de 13 años con antecedentes TEA de alto funcionamiento y trastorno obsesivo compulsivo a tratamiento con fluoxetina desde hace 1 año y medio, aripiprazol desde hace 1 año y clorazepato dipotásico ocasional. Acude por exantema no pruriginoso de mes y medio de evolución con inicio en ambas plantas de los pies extendiéndose posteriormente a las cuatro extremidades y tronco. La anam-

nesis por aparatos era normal. A la exploración se encontraba afebril, con buen estado general, observándose un exantema con distribución bilateral y tendencia simétrica formado por máculas ovaladas y redondeadas de tonalidad amarillentorosa, con punteado purpúrico periférico de predominio en extremidades inferiores y tronco con extensión a superiores, En tronco llamaba la atención su distribución siguiendo las líneas de Blaschko. Se realiza hemograma, bioquímica, coagulación, análisis de orina y serología siendo normal. El estudio histológico muestra una vasculitis linfocítica crónica compatible con la sospecha diagnóstica de DPP, forma anular de Schamberg. Por indicación de Psiquiatría se cambia tratamiento a risperidona oral. El paciente presenta regresión inicial de las lesiones hasta su desaparición tras 15 días de la suspensión de los fármacos, pero posterior reaparición de lesiones. El paciente ha sido visto por Alergología Infantil quien ha decidido por el momento no realizar prueba de exposición a fluoxetina y aripiprazol pues está controlado con la risperidona y no se espera que los vaya a precisar.

Comentarios. Ante un exantema purpúrico, en Urgencias de Pediatría, se debe realizar un diagnóstico diferencial con reacciones de hipersensibilidad a fármacos, púrpura por trombocitopenia, púrpura de Schönlein-Henoch, exantema purpúrico secundario a infección viral, entre otros. Es importante conocer esta entidad para evitar pruebas diagnósticas innecesarias y tranquilizar tanto al paciente como a la familia.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN DEBUT POCO FRECUENTE. *Elola Pastor AI, Díaz García P, Pérez Pérez A, González López C, Fernández Morán E, García Fernández S, Díaz Martín JJ, Jiménez Treviño S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Caso clínico. Paciente de 12 años que consulta en urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución, cólico, periumbilical e irradiado a región lumbar. Antecedentes: la paciente y su hermano presentan déficit de IgA. A la exploración: dolor a la palpación, sin signos de peritonismo y PPR derecha positiva. En las pruebas complementarias: leucopenia leve con linfocitosis, amilasa 1.452 U/L y lipasa 2520 U/L. Se realiza ecografía con hallazgos compatibles con pancreatitis aguda. Ingresa en planta de hospitalización recibiendo alimentación enteral por sonda nasogástrica y analgesia intravenosa. En el ingreso persisten molestias abdominales y se constata empeoramiento analítico, se inicia nutrición parenteral y se realiza TAC, en el que se objetivan nódulos pulmonares espiculados, cavitados e hipermetabólicos en bases pulmonares, confirmados mediante PET

TAC, donde además se aprecia aumento del metabolismo en duodeno y cabeza pancreática. La observación de nódulos pulmonares hace sospechar una pancreatitis autoinmune tipo II por lo que se completan estudios de autoinmunidad (ANA, AML, LKM1, ANCA, Ac anti-anhidrasa carbónica, IgG4, ECA, serología de celiaquía...) siendo negativos, así como los marcadores tumorales. Las lesiones se biopsian siendo compatibles con granulomas de células epitelioides, sin evidencia de malignidad. Se plantea diagnóstico diferencial entre sarcoidosis, neumonitis por hipersensibilidad y cambios asociados a enfermedad inflamatoria intestinal. Se realiza una prueba de calprotectina en heces con resultado de 2.610 µg/g. La elevación de calprotectina junto con la sospecha de pancreatitis autoinmune tipo II y la histología, orientan a una EII, con un debut poco frecuente. En el estudio endoscópico se observan erosiones aftosas en estómago y colon, compatibles con enfermedad de Crohn. Se inicia tratamiento con corticoide oral 1 mg/kg con buena respuesta clínica y analítica (Amilasa 100U/L, Lipasa 134 U/L) por lo que se da de alta con este tratamiento. En consulta de gastroenterología se inicia tratamiento con azatioprina y se indica pauta de descenso de corticoides hasta suspensión. En controles posteriores presenta enzimas pancreáticas levemente aumentados, por lo que se realizan enteroRM y colangiografía sin hallazgos patológicos. A los dos meses presenta intolerancia digestiva frente a la azatioprina por lo que se suspende. Desde entonces, la paciente está asintomática, sin tratamiento, con elevaciones puntuales y discretas de la calprotectina, pero sin aparecer complicaciones.

AMPOLLAS DEL COMA EN PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIRATORIA HIPOXÉMICA. *Courel del Río V¹, Fernández Miaja M¹, Rubín Roger S¹ Vázquez Villa JM¹ Gómez Vila B², Palacios García L². ¹AGC de Pediatría; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El término “ampollas del coma” hace referencia a una entidad clínica caracterizada por la aparición de ampollas cutáneas en pacientes con disminución de conciencia. Está descrito tras coma inducido por drogas, enfermedades del SNC, cetoacidosis diabética... con pocos casos reportados en niños. La patogenia parece ser multifactorial: presión e hipoxia tisular, fricción, toxicidad por fármacos. Las lesiones suelen aparecer sobre áreas de presión, aunque no siempre es así. Las ampollas aparecen en las primeras 24-72 horas del cuadro clínico desencadenante y se resuelven espontáneamente en 1-2 semanas. Los hallazgos clínicos en

el contexto del paciente son suficientes para el diagnóstico, solo en casos dudosos se realizará biopsia. El diagnóstico diferencial se realizará fundamentalmente con ampollas por fricción, pues los antecedentes, distribución y evolución de las lesiones nos permitirán excluir otras enfermedades como toxicodermias bullosas, pénfigos o epidermolisis bullosa.

Caso. Niña de 8 años con encefalopatía 2ª a citomegalovirus congénito y PCI tetraparesia espástica con tratamiento crónico con ácido valproico y baclofeno, ingresada por una infección respiratoria hipoxémica con oxigenoterapia en gafas nasales y amoxicilina-clavulánico. Al inicio del cuadro presentó hiperglucemia mantenida con normalización posterior. A las 72 horas, comienza con edema indurado con fovea, mala perfusión distal y cianosis en dorso de brazo izquierdo y pie derecho, donde en los días previos se habían canalizado 2 vías periféricas con extravasación accidental de Plasmalyte. A las pocas horas, aparecieron lesiones ampollas tensas inicialmente serosas que se fueron tornando sero-hemorrágicas. El estudio microbiológico del exudado de las ampollas fue negativo. Se inició tratamiento antiséptico y antibiótico tópico resolviéndose las lesiones en 3 semanas.

Comentarios. Las lesiones aparecieron en zonas de edema y mala perfusión tisular en relación con extravasación de líquidos y favorecidas por la reducción de la movilidad y la hipoxemia. Las alteraciones metabólicas y el ácido valproico también pudieron contribuir a su formación. Dado que fueron lesiones limitadas, con hallazgos clínicos característicos y en un contexto que podría explicar la patogenia del cuadro, no se realizó estudio histológico, estableciéndose el diagnóstico clínico de ampollas por coma.

DOLOR MUSCULAR LOCALIZADO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN GASTROINTESTINAL POR SALMONELLA. González Carrera E, Miguens Iglesias P, Baruque Rodríguez S, Álvarez Álvarez A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. La piomiositis es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, siendo *Staphylococcus aureus* el patógeno más común. Su diagnóstico debe considerarse en niños con fiebre y dolor músculo-esquelético localizado. La infección por *Salmonella* en niños suele presentarse como diarrea y fiebre autolimitadas. Sin embargo, pueden aparecer complicaciones extraintestinales como bacteriemia o infecciones focales localizadas (<12 meses, inmunodeprimidos o hemoglobinopatías). Pueden distinguirse varias fases: 1) inicial o invasiva, 2) purulenta o supurativa, 3) tardía y la técnica de elección, por su mayor sensibilidad, para confir-

mar el diagnóstico es la RMN. Es importante el inicio de tratamiento antibiótico precoz en fases iniciales para lograr curación sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

Caso clínico. Niño de 7 años. Cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre, vómitos y diarrea con restos de sangre. Control analítico: 14.540 leucocitos (12.160 neutrófilos), PCR 36 mg/L, PCT 0,12 ng/ml. Coprocultivo: *Salmonella typhimurium*. Tras mejoría inicial, presenta empeoramiento con reaparición de fiebre e impotencia funcional en miembro inferior derecho y superior izquierdo. No sintomatología a otros niveles. Dolor a la palpación en gemelo derecho y en región posterior de antebrazo izquierdo. No edema, aumento de temperatura local ni cambios en piel adyacente. Control analítico: 18.070 leucocitos (10.970 neutrófilos), PCR 93,3 mg/L, PCT 0,12 ng/ml y CK 23 U/L por lo que se inicia tratamiento antibiótico empírico por sospecha de piomiositis aguda en contexto de infección por *Salmonella*. RMN: focos hiperintensos en T2 en vientre externo e interno de ambos gemelos y soleo. Mejoría en primeras 24 horas quedando afebril. Control analítico (4º día tratamiento): PCR 16,4 mg/L. Se inicia antibioterapia oral hasta completar 14 días de tratamiento. Asintomático con normalización RMN tras finalización de tratamiento.

Conclusiones:

- Ante clínica de fiebre, dolor y/o impotencia funcional, debemos incluir la piomiositis como diagnóstico diferencial y conocer que *S. aureus* es el patógeno más común.
- Aunque existen factores predisponentes, la mayoría de los niños son inmunocompetentes.
- Es importante el diagnóstico precoz (clínica + prueba de imagen) y el inicio rápido de tratamiento antibiótico intravenoso para la mejora del pronóstico final.

VALORACIÓN DE DEFECTO DE REFRACCIÓN, ¿EXPLORACIÓN INOCUA? Brel Morenilla M, Carrón Bermejo M, Bartolomé Calvo G, Lavandera Gil I, Soler Monterde M, Hortelano López M. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. El ciclopentolato, perteneciente a la familia de los anticolinérgicos, es usado ampliamente en oftalmología dada su capacidad para producir midriasis y ciclopejía. El ciclopentolato, al ser absorbido de forma sistémica, puede causar alteraciones del sistema nervioso central como agitación, alteración del comportamiento, alucinaciones visuales o ataxia.

Caso clínico. Niño de 5 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en el servicio de Pediatría tras iniciar cuadro de

disartria, ataxia y alucinaciones visuales aproximadamente 40 minutos tras instilación de un colirio de ciclopentolato en consulta de Oftalmología, donde había acudido para valoración de defecto de refracción. El niño refiere visiones de arácnidos. Inestabilidad a la marcha. No otra sintomatología. Constantes vitales normales al ingreso. Exploración física: TEP estable. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. No exantemas ni petequias. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Neurológico: activo y reactivo. Consciente y orientado. Ligeramente agitado. Glasgow 15. Pupilas midriáticas arreactivas. Movimientos oculares conservados, no nistagmo. Pares craneales impresionan de normales. Dismetría. Fuerza, tono y sensibilidad conservados. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Romberg patológico. Marcha atáxica. No rigidez de nuca y signos meníngeos negativos. Se realizó electrocardiograma, sin hallazgos patológicos, así como glucemia capilar de 71 mg/dl. Fue diagnosticado de síndrome confusional agudo tras administración de colirio de ciclopentolato. Se mantuvo en observación durante 8 horas, cediendo la sintomatología de manera progresiva sin precisar la administración de antídoto, siendo dado de alta tras comprobar adecuada tolerancia oral.

Conclusiones. Conforme se ha ido generalizando el uso del ciclopentolato como colirio, se han comenzado a describir reacciones adversas sistémicas, atribuibles a la gran capacidad de absorción de la mucosa conjuntival. Los lactantes y preescolares, los niños con síndrome de Down o aquellos con parálisis espástica o lesión cerebral tienen una mayor predisposición a los efectos tóxicos sistémicos. Estas reacciones parecen ser dosis-dependientes por lo que no se recomienda utilizar colirios de ciclopentolato con concentraciones mayores al 0,5%. En los casos más graves, potencialmente mortales, se ha de administrar un agente parasimpáticomimético anticolinesterasa, siendo de elección la administración de fisostigmina intravenosa.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS MARCADORES DE INFECCIÓN. CASO CLÍNICO. *Fernández Rodríguez H, Rodríguez Lorenzo P, Miguens Iglesias P, Pérez Alba M¹, Hernández Crespo MT. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. La interleucina 6 (IL-6) se postula como el marcador de infección más sensible en el diagnóstico precoz de la sepsis vertical en un neonato con factores de riesgo. Por su parte, la listeriosis perinatal es una infección infrecuente que puede tener graves implicaciones en el recién nacido. El

cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR) y el hemocultivo no presentan una alta sensibilidad para este germen lo que ha llevado a utilizar paneles de *film-array* que parecen tener mejor especificidad y sensibilidad.

Caso clínico. Neonato varón de 4 horas de vida que ingresa en la unidad neonatal por febrícula (37,7°C) y elevación de reactantes de fase aguda. Antecedentes personales: gestación de 40+4 semanas, controlada sin incidencias. Ecografías prenatales normales. Serologías: rubeola y varicela inmunes, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y Lúes negativos. Estreptococo del grupo B (EGB) negativo. Antecedentes del parto: tiempo de bolsa rota de 19 horas. Parto instrumental para alivio del expulsivo. No precisa reanimación. Test de apgar 10/10. Pico febril materno de 38°C en el postparto, con febrícula de 37,7°C en el neonato a las 2 horas de vida. Exploración física sin hallazgos patológicos. En la analítica destaca una IL-6 de 593 pg/ml, PCR <0,5 mg/L y leucocitosis 21.070/mm³ (72% de neutrófilos). Se completa chequeo infeccioso con una punción lumbar y se inicia antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina. La bioquímica del LCR mostró pleocitosis con glucosa y proteínas en rango normal. El *film-array* fue positivo para *L. monocytogenes*. Se mantuvo tratamiento antibiótico durante 14 días, con evolución clínica favorable, exploración física normal en todo momento. El hemocultivo y el cultivo de LCR fueron negativos.

Conclusiones:

- Es importante mantener un elevado índice de sospecha para la sepsis neonatal de origen vertical
- La IL6 es el marcador de infección que se eleva más precozmente, incluso cuando los demás marcadores pueden ser aun negativos
- El *film-array* presenta la ventaja de ser un método más rápido que el cultivo tradicional.

SÍNDROME DE SHONE: UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA POCO FRECUENTE. *Soltero Carracedo JF, González García C, Jiménez Hernández E, Macías Panedas A, Cabanillas Boto M, Barrio Alonso MP, Andrés De Llano JM, Cantero Tejedor MT. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. El síndrome de Shone es una cardiopatía poco frecuente, con una incidencia aproximada del 1% de todas las cardiopatías congénitas. Se caracteriza por un complejo de cuatro lesiones obstructivas del corazón izquierdo: membrana supra valvular mitral, válvula mitral en "paracaídas", estenosis aórtica subvalvular muscular o membranosa y

coartación aórtica. Se han descrito formas parciales asociadas en ocasiones a otras anomalías cardiovasculares (ej.: válvula aórtica bicúspide o comunicación interventricular –CIV–).

Resumen del caso. Recién nacido varón de 41 semanas de gestación, nacido mediante cesárea, con soplo pansistólico III-IV/VI, diagnosticado al nacimiento, con resto de exploración física normal. Ecocardiografía urgente: cavidades derechas dilatadas con ventrículo derecho hipertrofico, ductus arterioso con flujo derecha-izquierda, válvula aórtica bicúspide, válvula mitral displásica con un único músculo papilar y movilidad anormal de velos, y gradiente en istmo aórtico compatible con coartación aórtica. Se inicia perfusión de prostaglandinas y se traslada a centro hospitalario de referencia para tratamiento. En dicho centro se confirman los hallazgos visualizados en nuestro centro, por lo que se realiza cirugía correctora a los 6 días de vida (resección y anastomosis termino-terminal). En controles posquirúrgicos se evidencia disminución de presión de cavidades derechas, sin gradiente en válvula mitral, válvula aórtica bicúspide y pequeña CIV. Ante diagnóstico de Complejo de Shone se solicita cariotipo que resulta normal, y estudio de determinados síndromes genéticos asociados a este complejo, siendo todos negativos. A los 4 meses de vida precisa angioplastia percutánea por recoartación con buen resultado. En la evolución ha desarrollado estenosis mitral progresiva que es severa en la actualidad, con dilatación de aurícula izquierda y estenosis subaórtica leve, manteniendo presión pulmonar normal.

Conclusiones. El síndrome de Shone es una compleja malformativa poco frecuente dentro de las cardiopatías congénitas. Es un síndrome de etiología desconocida, y se puede asociar a varios síndromes genéticos. El pronóstico se ve influido por las cirugías correctoras a lo largo de la vida y por posibles complicaciones como infecciones frecuentes, ictus, insuficiencia cardíaca, bloqueo cardíaco, taquiarritmias, entre otras.

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL PAPEL DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Clara Simón Bernaldo de Quirós C¹, García González N². ¹Área de Gestión Clínica de Pediatría; ²Genética Clínica, Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La discapacidad intelectual (DI) se define como un deterioro sustancial de las funciones cognitivas y adaptativas de inicio en la infancia. Puede subdividirse en sindrómica y no sindrómica. La prevalencia es del 2-3% y su etiología es muy heterogénea y compleja. Las causas gené-

ticas se clasifican en: alteraciones cromosómicas, trastornos monogénicos y multifactoriales, no siendo identificables en la mitad de los casos. El desarrollo de nuevas técnicas de alta resolución como la hibridación genómica comparada (CGH) ha permitido ampliar los estudios de la DI, aunque en muchos casos permanece inescrutable.

Caso clínico. Niño de 7 años con trastorno del aprendizaje y el lenguaje que presentó retraso psicomotor desde el primer año de vida, sin rasgos dismórficos llamativos y con un fenotipo conductual de compromiso cognitivo grado leve. El estudio citogenético, el estudio molecular de síndrome de X frágil y el Array CGH no presentaron alteraciones. El exoma clínico mostró una variante probablemente patogénica en heterocigosis en el gen *SETD5* asociada a discapacidad intelectual autosómica dominante tipo 23.

Conclusiones. El estudio de la DI es de gran complejidad debido a la elevada heterogeneidad clínica y genética que presenta. Una aproximación inicial al diagnóstico genético de DI sería el estudio citogenético para detectar alteraciones cromosómicas, el estudio molecular del síndrome X frágil y el uso de técnicas de alta resolución como el Array CGH para detectar anomalías submicroscópicas. Por último, existen técnicas de secuenciación de nueva generación, como el exoma clínico, que muestran una gran proporción de casos esporádicos causados por mutaciones puntuales *de novo* y pequeñas inserciones o deleciones. En conclusión, las causas genéticas de DI son altamente heterogéneas y complejas, y aunque es posible realizar una batería de múltiples estudios genéticos, en muchos casos resulta imposible identificar la causa.

EXANTEMA PURPÚRICO EN LACTANTE ¿QUÉ SOSPECHAMOS? Alonso Ferrero J¹, Aldana Villamañán I², Carranza Ferrer J², Hernández Garrido S¹. ¹Centro de Salud La Victoria. Valladolid. ²Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La patología dermatológica en los pacientes pediátricos es uno de los motivos más frecuentes de consulta, tanto en Atención Primaria como en Urgencias Pediátricas. Son múltiples las causas de aparición de exantema: fármacos, enfermedades sistémicas o vasculitis, entre otros. Es importante conocerlos para realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados.

Caso clínico. Lactante mujer de 8 meses de edad correctamente vacunada y sin antecedentes médicos de interés que consulta en Atención Primaria por cuadro catarral de una semana de evolución con febrícula de 37,5°C e irritabilidad. Se objetiva una otitis media aguda derecha, por lo que se

pauta ibuprofeno y amoxicilina durante 7 días. A las 24 horas de finalizar la antibioterapia, presenta un exantema maculoso, eritematoso, generalizado, no pruriginoso, confluyente y mínimamente sobrelevado. La paciente continúa con mucosidad nasal, por lo que se pauta tratamiento sintomático. En las siguientes 24 horas, acude a Urgencias Pediátricas por aparición de fiebre de hasta 39°C y aumento del exantema, afectando más a zonas declives (pabellón auricular, vulva) y asociando edema en dorso de manos y pies. Aparecen, además, lesiones con componente purpúrico que blanquean parcialmente a la presión, por lo que se realiza una analítica sanguínea compatible con viriasis sin elevación de reactantes de fase aguda (15.890 leucocitos/ μ l, 44,2% linfocitos, 51,9% neutrófilos, 348.000 plaquetas/ μ l, PCR 1,12 mg/L), serologías víricas y hemocultivo negativos, sistemático de orina negativo, positividad de enterorinovirus en frotis faríngeo. La paciente mantiene en todo momento un excelente estado general y signos meníngeos negativos. Exploración del resto de aparatos dentro de la normalidad. Ante la sospecha diagnóstica de edema agudo hemorrágico del lactante, se da de alta con controles posteriores consensuados entre Urgencias Pediátricas y Atención Primaria. La evolución del cuadro fue favorable, la fiebre desapareció a las 36 horas y el exantema fue resolviéndose hasta su desaparición a los 12 días de su inicio.

Conclusiones. El edema agudo hemorrágico del lactante es una vasculitis de pequeño vaso infrecuente que aparece en lactantes de 3-24 meses sin claro desencadenante. Presentan lesiones cutáneas sobrelevadas con coloración violácea, con localización típica en pabellones auriculares y partes acras. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se debe realizar un diagnóstico diferencial con la púrpura de Schönlein-Henoch. Tiene un pronóstico excelente con resolución en 1-3 semanas.

ÚLCERAS GENITALES AGUDAS EN EL ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Antomil Guerrero B, Rubio Granda A, Delgado Nicolás S, Álvarez Merino M, Díaz García P, García Fernández S, García González N, Garrido García E. ACG de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las úlceras genitales agudas constituyen una entidad infrecuente en pediatría, sin embargo, pueden suponer una importante fuente de estrés para el menor y su familia. Aunque, en general, la causa más frecuente es la infección por el virus de herpes simple, no es así en niñas y jóvenes no activas sexualmente. Por lo tanto, en el manejo

del paciente pediátrico se requiere un amplio diagnóstico diferencial que debe incluir otras etiologías. Una historia clínica y exploración física completas permitirán un enfoque adecuado. El plan terapéutico en el servicio de urgencias pediátricas (SUP) ha de ser fundamentalmente sintomático, enfocado al control del dolor, pudiendo incluir medidas generales, antiinflamatorios orales, corticoides orales o tópicos, antibioterapia y lidocaína tópica.

Caso clínico. Adolescente de 13 años que consulta en el SUP por fiebre de hasta 38°C y edema vulvar de 24 horas de evolución. Asimismo, asocia cuadro catarral desde hace 72 horas. Niega clínica miccional, traumatismo previo y relaciones sexuales. El único hallazgo a destacar en la exploración física es un importante edema vulvar a nivel de labios menores, así como tres úlceras de aproximadamente 2 cm de tamaño, con disposición "en beso" en parte interna de los mismos, profundas, con zonas de necrosis y bordes no sobrelevados, dolorosas a la palpación. No se palpan adenopatías ni se aprecian úlceras en otras localizaciones. Ante el diagnóstico de presunción de úlcera de Lipschültz, es valorada por el servicio de Ginecología y se solicitan las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, serología y hemocultivo, así como cultivos de exudado faríngeo y vulvar. Es dada de alta con la pauta de antiinflamatorios orales y medidas generales, a la espera de resultados.

Conclusiones. Los pediatras del equipo de urgencias deben conocer el diagnóstico diferencial de las úlceras genitales agudas en la población infantil, ya que su adecuado reconocimiento permitirá un manejo oportuno y evitará pruebas complementarias innecesarias y que se genere excesiva ansiedad en el paciente y su entorno.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA, DOS CASOS GEMELOS. *Santamaría Sanz PI, Pérez Salas S, López Salas E, Zarambona Leguina S, Luis Barrera C, Gil Calderón FJ, Martín Sáez E, Portugal Rodríguez R. Servicio de Pediatría; Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La leishmaniasis es una zoonosis causada por parásitos del género *Leishmania* con cuatro formas clínicas, siendo las formas más frecuentes en nuestro país la forma cutánea localizada (botón de Oriente) y la forma visceral (kala azar). El diagnóstico se realiza mediante sospecha clínica y mediante detección del parásito con PCR en sangre venosa o en una muestra del tejido afecto. El tratamiento se realiza con antimoniales pentavalentes intralesionales o crioterapia en el caso de formas localizadas o con antimoniales pentavalentes sistémicos en la forma visceral.

Caso clínico. Dos hermanas de 3 y 5 años de origen marroquí que acuden a consultas de Dermatología y Pediatría General de nuestro hospital por una lesión cutánea en punta nasal de 8 meses de evolución, con crecimiento progresivo y sin mejoría tras tratamientos tópicos (ácido fusídico y beta-metasona) y sistémico (amoxicilina-ácido clavulánico oral). No han presentado fiebre ni otros síntomas asociados. No refieren viajes recientes al extranjero ni contacto con animales. En la exploración presentan una lesión nodular eritematosa mal delimitada con costra amarillenta en la mitad izquierda de punta nasal sin observar lesiones intranasales (resto de exploración física normal). Se toma muestra de la lesión para cultivo de bacterias y hongos (resultado negativo), y se realiza biopsia cutánea con hallazgos histológicos compatibles con leishmaniasis (PCR positiva para *L. tropica*). Se realiza analítica en la que se descartan hallazgos compatibles con leishmaniasis visceral y se solicita PCR en sangre total para *Leishmania* con resultado negativo. Se inicia tratamiento intravenoso con antimonio de meglumina (75 mg/kg/día). La hermana menor ha recibido un ciclo de tratamiento con mejoría clínica evidente y la hermana mayor ha precisado por el momento dos ciclos de tratamiento, con buena evolución posterior.

Conclusiones. Presentamos dos casos de leishmaniasis cutánea para recordar la importancia del diagnóstico precoz, así como por lo excepcional de su presentación al darse en dos hermanas y en la misma localización, por lo que se descarta el tratamiento intralesional en estos dos casos. Además, es importante el tratamiento precoz y el seguimiento adecuado para evitar posibles complicaciones asociadas tales como pancitopenia, sobreinfección bacteriana o sepsis, hemorragias y una posible evolución hacia síndrome hemofagocítico.

DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL Y ADOLESCENCIA, UN DIAGNÓSTICO INESPERADO. *Santamaría Sanz PI, Obregón Asenjo M, López Salas E, García Miralles LC, Puente Ubierna L, Navarro Abia V, de la Mata Franco G, Blanco Barrio A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de silla turca vacía (STV) es una invaginación del espacio subaracnoideo hacia el interior de la silla turca que se rellena de líquido cefalorraquídeo (LCR). Se debe considerar como una de las opciones del diagnóstico diferencial de disminución de agudeza visual. Los síntomas derivados de STV pueden ser tanto neurológicos, como endocrinológicos, siendo el déficit de hormona de crecimiento y el hipogonadismo hipogonadotropo los más frecuentes en niños.

Caso clínico. Adolescente de 12 años con disminución de agudeza visual de dos años de evolución y empeoramiento en los últimos meses (uso de gafas correctoras). Sin antecedentes personales ni familiares de interés, con crecimiento y desarrollo puberal normales. Se realiza fondo de ojo con presencia de edema de papila bilateral y agudeza visual disminuida, por lo que se solicita resonancia magnética (RM) craneal, objetivándose silla turca parcialmente vacía con herniación de LCR a través del diafragma selar. La exploración física es normal y se realiza analítica con perfil hormonal completo (hormonas tiroideas, sexuales, eje corticotropo y somatotropo) sin hallazgos patológicos. Se realiza punción lumbar con una presión de apertura ligeramente elevada para edad. Se completa estudio con analítica de sangre completa con serologías y analítica de orina, todos ellos normales. Se inicia tratamiento con acetazolamida (12 mg/kg/día) para alivio de los síntomas, con buena evolución clínica posterior y con controles posteriores con discreta acidosis metabólica secundaria a tratamiento, que precisa ajuste de tratamiento.

Conclusiones. El síndrome de silla turca vacía primaria (STVP) tiene una prevalencia entre 1,2-11% en edad pediátrica, sin disminución en la esperanza de vida. También existen formas secundarias debidas a tumores, trastornos hematológicos o déficit de PROP-1. Es necesario realizar analítica completa con perfil hormonal y pruebas de imagen para su diagnóstico y descartar causas secundarias. El tratamiento de STVP se basa en medidas de manejo de hipertensión intracraneal, siendo a veces necesario el tratamiento sustitutivo hormonal y reservando la opción quirúrgica en aquellos casos refractarios.

COLURIA Y RABDOMIÓLISIS SÚBITAS EN ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO. *Santamaría Sanz PI, Menéndez Bango C, García González M, Gómez Sánchez E, Cuervas-Mons Tejedor M, Oyágüez Ugidos PP, Valencia Ramos J, del Blanco Gómez I. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome por infusión de propofol (SIP) es una reacción adversa poco frecuente con elevada mortalidad que aparece tras la infusión de dicho fármaco con dosis superiores a 4 mg/kg/h durante más de 48 horas. Se debe sospechar ante la aparición de acidosis metabólica, hiperlactacidemia y rabdomiólisis rápidamente progresivas durante la infusión de dicho fármaco.

Caso clínico. Niño de 13 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada en domicilio, secundaria a hipoxia por estatus epiléptico. Antecedentes personales de

epilepsia focal criptogénica refractaria (sospecha de encefalopatía de Rasmussen, tratamiento con ácido valproico y lamotrigina). En UCIP se continúa ventilación mecánica invasiva con parámetros habituales. Precisa soporte inotrópico con dopamina, adrenalina y noradrenalina por datos de bajo gasto cardiaco. A las 24 horas del ingreso se inicia tratamiento anticomitial con varios fármacos por estatus epiléptico refractario, entre ellos propofol a dosis elevadas que se retira a las 36 horas del ingreso tras controlar estatus. El cuarto día presenta de manera progresiva rhabdomiólisis, acidosis metabólica, hiperpotasemia, insuficiencia renal aguda y alteraciones electrocardiográficas con arritmias en contexto de SIP. Se inicia hemodifiltración veno-venosa continua y tratamiento de hiperpotasemia, hiperhidratación y rasburicase, con adecuada respuesta. Exploraciones neurológicas seriadas durante el ingreso con Glasgow 3 puntos, ausencia de reflejos y de respuesta cortical en potenciales somatosensoriales, por lo que ante el mal pronóstico neurológico se inician medidas de adecuación del esfuerzo terapéutico y el paciente fallece el quinto día de ingreso acompañado por su familia. Se solicita estudio metabólico durante el ingreso, con resultados postmortem de dos genes asociados al metabolismo del propofol y del citocromo P450 (CYP2C19, CYP2D6).

Conclusiones. El SIP se debe sospechar en pacientes críticos ingresados en UCIP, principalmente con patología neurológica y cardíaca que precisan propofol. Se debe monitorizar y ajustar las dosis del fármaco, reconociendo de manera precoz los signos para iniciar tratamiento. Es importante disponer del análisis genético individual para conocer la susceptibilidad de los pacientes y familiares a posibles reacciones adversas asociadas.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DE HERIDAS COMPLEJAS. Fuentes Martínez S, Rodríguez Ruiz M, Ardela Díaz ED, Pradillos Serna JM, Robles Álvarez I, Tamargo Cuervo A, Álvarez Juan B, Ocaña Alcober C. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. La terapia de presión negativa tópica constituye una herramienta de ayuda en el cuidado de heridas que, por verse afectadas su integridad funcional o anatómica, suelen necesitar periodos muy prolongados para su cicatrización. El uso de niveles controlados de presión subatmosférica y succión controlada, favore la vascularización y el desbridamiento de las heridas.

Caso clínico. Niño de 12 años que es seguido en consultas de cirugía pediátrica por herida tras quemadura de tercer

grado en parte interna de pierna derecha. Se decidió usar sistemas de presión negativa en dos ciclos de 5 días cada uno. Se objetiva una evolución muy favorable y rápida, sin realizar complicaciones.

Discusión. La terapia de vacío constituye una alternativa al tratamiento convencional, mediante curas y apósitos, de heridas agudas y crónicas que fracasan en el proceso de curación espontánea. Durante los últimos años, la terapia de presión negativa se ha convertido en una herramienta fundamental para el tratamiento de heridas complejas: se trata de un método no invasivo que consigue, mediante presiones negativas controladas, favorecer la cicatrización en un entorno húmedo y aislado, estimulando la neoangiogénesis y el crecimiento de tejido de granulación. Al mismo tiempo, elimina el exceso de líquidos, fluidos y exudados y disminuye la carga bacteriana de las heridas, y por tanto, las posibilidades de sobreinfección. Actualmente, este sistema se considera un pilar fundamental en el manejo de las heridas complejas, con el reto terapéutico importante que muchas veces estas suponen.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CON DIAGNÓSTICO FINAL INESPERADO. Fuentes Martínez S, Robles Álvarez I, Álvarez Juan B, Tamargo Cuervo A, Fernández Fernández D, Pou Blázquez Á, González Molleda S, Alejos Antoñanzas M. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. El diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente es amplio: desde alteraciones del ritmo intestinal, el dolor abdominal asociado a la dispepsia, dolores de tipo funcional, como reflejo de afectaciones nefrourológicas o en niñas adolescentes, causas ginecológicas.

Caso clínico. Niña de 12 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de dos horas de evolución, a nivel de fosa ilíaca izquierda y suprapúbica, sin datos de irritación peritoneal en la exploración. Refiere episodios similares de varios años de evolución, autolimitados y no acompañados de clínica asociada. Orina macroscópicamente normal, no edemas. Menarquia a los 11 años, con fecha de última regla una semana antes de la consulta. Se decide realización de tira rápida de orina con proteinuria franca que se confirma en sistemático y sedimento de orina, no en rango nefrótico. Se realiza seguimiento en atención primaria quien ante datos de proteinuria ortostática decide derivar a consultas de Nefrología infantil para estudio. Se solicita ecografía con doppler renal con hallazgos de dilatación de la vena renal izquierda y trayecto anormal de la arteria mesentérica superior, compatible con síndrome del cascanueces.

Discusión. El síndrome del cascanueces es una causa poco frecuente de dolor abdominal recurrente, que se produce por un anormal recorrido de la arteria mesentérica superior, que produce la compresión de la vena renal izquierda. Si bien el síntoma guía clásico es la hematuria, que se produce cuando el aumento de la presión venosa provoca pequeñas rupturas del fino tabique que separa las venas y el sistema colector del riñón. Muchos pacientes tienen síntomas durante años sin que se establezca el diagnóstico, por lo que es imprescindible un alto grado de sospecha y valorar esta causa en el diagnóstico diferencial de una hematuria recurrente sin una causa aparente, así como en las proteinurias ortostáticas como ocurre en nuestro caso.

TUMOR NEUROEPITELIAL DISEMBRIOPLÁSTICO: CASO CLÍNICO. *Miguens Iglesias P, González Carrera E, Fernández Rodríguez H, Álvarez Álvarez N. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. El tumor neuroepitelial disembrionárico (DNET) es una neoplasia neuroglial mixta que tiene una incidencia de 0,03/100.000 habitantes, con un pico de incidencia entre los 10 y los 14 años. La crisis epileptiforme es su forma de debut más frecuente.

Caso clínico. Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que presenta episodio paroxístico nocturno consistente en mirada perdida, alteración del comportamiento y vómito, evolucionando a crisis generalizada clónica bilateral. A su llegada a urgencias pediátricas presenta temperatura de 38°C junto a agitación, lenguaje incoherente y midriasis pupilar que alterna con periodos de somnolencia y pupilas isocóricas. Ante sospecha de encefalitis se administra aciclovir intravenoso y se realiza tomografía computerizada (TC) craneal informado verbalmente como accidente cerebro-vascular (ACV) isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. Se traslada a unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital de referencia activando código ictus. A su llegada se revisan las imágenes de la TC y se reevalúa a la paciente. Ante cuadro compatible con encefalitis como primera posibilidad diagnóstica, se mantiene tratamiento con aciclovir y se completa estudio etiológico con punción lumbar y electroencefalograma sin alteraciones. En la resonancia magnética (RM) cerebral se observa imagen compatible con DNET. Inicia tratamiento con levetiracetam con buena evolución. Mantiene seguimiento en oncología infantil y ha sido derivada a unidad de referencia nacional de cirugía de la epilepsia.

Comentarios. Aportamos este caso para recalcar la importancia de la clínica en el diagnóstico diferencial. Nues-

tra paciente presentaba fiebre además del estado de agitación, situación más compatible con etiología inflamatoria-infecciosa que con un ACV. Además es de interés ya que en el caso de nuestra paciente, además de la crisis epiléptica, la clínica predominante fue la psiquiátrica, no descrita como manifestación habitual del DNET.

MALFORMACIONES EXTERNAS VISIBLES EN SALA DE PARTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Herrera Qui-lón L, Llorente Sanz B, Espinoza Leiva AP, García Barbero E, Urueña Leal MC, Matías del Pozo V, Gómez Beltrán OD, Pino Vázquez A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Las malformaciones anorrectales son defectos congénitos en las que la porción anorrectal no se encuentra posicionada de forma correcta en el mecanismo esfinteriano del ano. Ocurre aproximadamente en 1/5.000 recién nacidos vivos. Es de predominio masculino y etiología desconocida.

Caso clínico. Recién nacida pretérmino (35 semanas) de peso adecuado para edad gestacional. Embarazo controlado con antecedente gestacional de APP, recibiendo maduración pulmonar completa con betametasona. Ecografías prenatales normales. Parto eutócico, amniorraxis <24 horas, líquido amniótico claro. Periodo neonatal inmediato sin incidencias. Derivada al nacimiento por visualización de atresia anal y fístula recto-vestibular en sala de partos, resto de exploración física normal. Radiografía abdominal al ingreso con aire en ampolla rectal sin comunicación exterior aparente. Hemodinámica y respiratoriamente estable. Intervenido a las 24 horas de vida, se realiza colostomía más fístula mucosa laparoscópicas a nivel de unión descendente con sigma. A dieta absoluta inicialmente con perfusión glucocálcica iv, se inicia alimentación enteral a través de SNG con fórmula de pretérmino a las 24 horas de la intervención, con buena tolerancia. Colostomía funcionante de bajo débito que no precisó reposición iv. Antibioterapia profiláctica con ampicilina y gentamicina iv tras la cirugía. Recuperación de peso al nacimiento a los 9 días de vida. Ecografía abdominal postquirúrgica normal. Ecocardiografía: CIV muscular media pequeña y FOP. Radiografía de columna normal. Colostograma por fístula mucosa, relleniéndose sigma y canal rectal que presentan aspecto radiológico compatible con colon en desuso. Pendiente realizar anorrectoplastia sagital posterior.

Conclusiones. La atresia anal es una de las patologías clínico-quirúrgicas más comunes a nivel de tubo digestivo, cuyo diagnóstico se basa en una adecuada exploración

física, inspeccionando la zona perineal y comprobando la permeabilidad anal. Es esencial realizar un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico adecuado, descartando otras patologías congénitas asociadas (VACTERL). Dependiendo del lugar donde haya comunicación del recto con la parte urogenital, se puede predecir si será una corrección primaria con anoplastia o se realizará colostomía con corrección secundaria del defecto anal. En las niñas, la posición de la apertura de la fístula es importante tanto para el diagnóstico como para el pronóstico.

EL “TIEMPO ES CEREBRO” TAMBIÉN EN NIÑOS. *De Castro Vecino MP, Álvarez Juan B, Terroba Seara S, Jiménez González A, Fernández Fernández M, Alejos Antoñanzas M, Tamargo Cuervo A, Valdés Montejo I. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. Los accidentes cerebrovasculares en la edad pediátrica tienen una incidencia de 1-3/100.000 niños/año y una mortalidad del 5% que aumenta a 15% si recidiva. La causa más frecuente es la arteriopatía cerebral focal. El principal problema es el desafío diagnóstico que supone, por la variabilidad en la presentación clínica y la disponibilidad de adquisición de neuroimágenes diagnósticas urgentes.

Caso clínico. Mujer de 12 años sana, acude al Servicio de Urgencias (SU) tras episodio de 1 hora de evolución de disminución del nivel de conciencia, afasia y hemiparesia derecha de inicio brusco con recuperación posterior. Se realiza TAC craneal, tóxicos en orina y analítica de urgencia normales. Ingresa para monitorización estudio. AngioRNM a las 12 horas, donde se identifica lesión isquémica en los núcleos lenticular y caudado izquierdo del territorio de arteria cerebral media (ACM) izquierda (ASPECTS 8). Asimetría en el calibre y flujo de la arteria carótida interna (ACI) izquierda, con engrosamiento mural difuso extenso. Con diagnóstico de ictus isquémico ingresa en UCIP, se realiza punción lumbar e inicia tratamiento con corticoides, aciclovir y antiagregación. A las 24 horas presenta nuevo episodio de 30 minutos de hemiparesia derecha, disartria y desviación de la comisura bucal hacia la izquierda (PEDNIHSS 7), se activa Código Ictus y se repite AngioRNM con nuevas lesiones isquémicas hiperagudas en el territorio de la ACM izquierda, persistiendo el engrosamiento de la pared de la ACI (ASPECTS 5), diagnóstico de arteriopatía focal inflamatoria. Se reajusta el tratamiento con megabolos de corticoides (1g/día), inicia levetiracetam y nifedipino. Posteriormente estable (PEDNIHSS 0). Neuroimagen de control con mejoría de las lesiones isquémicas y persistencia de arteriopatía focal inflamatoria

de ACM y ACI. Se mantiene tratamiento con corticoides en descenso y nifedipino durante 3 meses, con suspensión posterior. Actualmente no presenta ningún tipo de secuelas y continúa su tratamiento con AAS y levetiacetam.

Discusión y conclusiones. La conciencia sobre los síntomas iniciales, la implementación de protocolos de código de ictus pediátricos utilizando AngioRNM como primera prueba de imagen y el manejo adaptado en la fase aguda, son los elementos clave para mejorar el manejo del ACV pediátrico.

ÚLCERAS GENITALES NO SECUNDARIAS A TRANSMISIÓN SEXUAL. ÚLCERA DE LIPSCHÜLTZ. *Rubio Granda A¹, Martín Pino S¹, Delgado Nicolás S¹, Lobeiras Tunón A², Álvarez Álvarez N², González Sánchez M³. ¹Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría y áreas específicas. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ³Área de Pediatría. Centro de Salud El Coto, Gijón.*

Introducción. Las úlceras vulvares son lesiones genitales generalmente secundarias a enfermedades de transmisión sexual. En el caso de la niñas y adolescentes, las causas más frecuentes son las infecciones por herpes virus y la aftosis. A principios del siglo XX, el dermatólogo austriaco Benjamin Lipschütz describió un tipo de úlceras genitales no venéreas, de curso agudo y autolimitado, asociadas frecuentemente a síntomas sistémicos.

Caso clínico. Paciente de 11 años, a tratamiento con levotiroxina por hipotiroidismo, que consulta por lesión a nivel vulvar de 2 días de evolución e imposibilidad para la micción de 24 horas de evolución. Niega fiebre u otros síntomas sistémicos. Niega relaciones sexuales u otras conductas de riesgo. A la exploración se visualiza una única lesión eritematosa y supurativa en labio mayor derecho (*Fig. 1*), sin otros hallazgo patológicos. Se recogen exudados de la lesión y vaginales para estudio de enfermedades de



Figura 1.

transmisión sexual (incluyendo *C. trachomatis*, herpes virus, papilomavirus y gonococo) siendo todas ellas negativas. Se realiza cura local y sondaje evacuador. La paciente es dada de alta con tratamiento con anestésico local y analgesia vía oral para control del dolor con importante mejoría a los 3 días de inicio del tratamiento e involución progresiva de la lesión hasta su desaparición pasados 7 días.

Comentarios. La úlcera de Lipschütz o *ulcus vulvae acutum* es un proceso autolimitado y benigno con baja incidencia de etiología idiopática. Se trata de una entidad infra-diagnosticada en pediatría, aunque debemos sospecharla en niñas y adolescentes que no hayan iniciado las relaciones sexuales y acudan con una úlcera genital, especialmente si se asocia a síntomas sistémicos.

ERITEMA NODOSO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pérez Arnaiz L, Gonzalo San Esteban A, Calleja Ibáñez M, Luis Barrera C, Menéndez Bango C, Barbadillo Mariscal B, Domínguez Sánchez P, de Mata Franco G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El eritema nodoso (EN) es una paniculitis septal sin vasculitis asociada. Presenta una prevalencia de 1-5 por cada 100.000 habitantes, siendo excepcional en niños menores de 2 años. En el 50% de los casos la etiología es desconocida, siendo las infecciones la causa más frecuente en pediatría.

Caso clínico. Paciente mujer de 12 años de edad ingresa por nódulos subcutáneos, eritematosos, dolorosos, indurados y calientes, de predominio en zona pretibial de ambas extremidades inferiores. Presenta un nódulo de similares características en antebrazo izquierdo. Asocia dolor de EEII con la bipedestación. Afebril. Lesiones aftosas en arcada superior. No antecedentes de tosedores crónicos en la familia. No ingesta de fármacos. No refiere vacunación reciente. Se realiza: analítica sanguínea con predominio de neutrófilos, PCR: 9 y VSG: 10. Test de tuberculina, frotis faríngeo y Rx de tórax sin alteraciones. Serología de toxoplasmosis, hepatitis A y C: negativas, CMV Ig G: positiva, IgM: negativa. IgM anticápside Epstein Barr virus: positiva, IgG Epstein Barr virus EBNA: positivo. ANAS, IgG e IgM Anticardiolipina, IgG e IgM antiB2-glicoproteína: negativos. ASLO: 53,1. Se diagnostica de Eritema Nodoso asociado a infección aguda por VEB. Permanece ingresada durante 3 días, con tratamiento sintomático y evolución favorable. Se valora una semana después y se observa desaparición de la mayoría de los nódulos, quedando alguna lesión residual indolora de coloración violácea en zona pretibial.

Conclusiones. El EN puede ser una manifestación cutánea asociada a numerosos procesos: infecciones, fármacos, vacunas, enfermedades sistémicas... Se debe realizar una anamnesis detallada junto con una exploración física completa. Será necesario realizar pruebas complementarias que nos ayuden a investigar su etiología. El EN es un cuadro autolimitado que precisa tratamiento sintomático.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA, UN PROCEDIMIENTO SEGURO NO EXENTO DE COMPLICACIONES.

Galvañ Félix Y, Echeverría Carrillo. JA, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un método seguro y poco cruento de asegurar la nutrición enteral en pacientes pediátricos con patología compleja. Puede asociar complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias, siendo las más frecuentes el enrojecimiento y formación de granulomas periestomales. Presentamos el caso de una paciente con migración del setón de gastrostomía, una complicación infrecuente, pero que puede repararse sin una nueva intervención quirúrgica si se actúa de forma precoz.

Caso clínico. Paciente de 15 años con tetraparesia espástica en tratamiento con toxina botulínica que precisa CPAP domiciliaria continua por citomegalovirus congénito, portadora de PEG desde los 4 años de vida para soporte nutricional y medicación. Es normofuncionante hasta el momento actual, en el que por las características de la paciente (escoliosis severa) precisa nueva localización al provocar molestias en el reborde costal. Se procede a retirada de la gastrostomía previa para cierre espontáneo de la misma, y colocación endoscópica de una nueva PEG bajo anestesia general sin incidencias. A la cuarta semana postoperatoria la paciente comienza a presentar dolor durante su utilización y salida del material infundido perigastrostomía. Ante la sospecha de extrusión de la gastrostomía, se realiza una endoscopia digestiva alta exploradora bajo sedación, confirmando la extrusión de la PEG de la luz gástrica, que se localiza en la pared abdominal. Se introduce una guía a través de la misma, que se utiliza para recambiarla por un nuevo dispositivo con balón bajo visión directa. El procedimiento transcurre sin incidencias permitiendo el uso del nuevo dispositivo inmediatamente tras su colocación. La paciente es dada de alta a su domicilio esa misma tarde y no ha presentado otros indicios de malposición o malfunción posteriormente.

Conclusiones. La colocación de una PEG es un procedimiento seguro pero no está exenta de complicaciones. Las más frecuentes y leves se resuelven de manera ambulatoria sin necesidad de re intervención quirúrgica. Con un alto índice de sospecha y una rápida actuación en aquellas menos frecuentes, también es posible un manejo ambulatorio sin cirugía. Esto permite no interrumpir el uso del dispositivo, otorgando a su colocación un balance riesgo/beneficio positivo.

¿DIFERENCIAMOS LA CIFOSIS DE SCHEUERMANN DE LA CIFOSIS POSTURAL? *Espinoza Leiva AP¹, Vázquez Fernández ME², Librán Peña A, Acevedo Vega JR¹, Rodríguez del Rosario S¹, Goetz Sanz C¹, Morales Alberto L¹, Aldana Villamañán I¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Salud Circunvalación. Valladolid.

Introducción. La cifosis de Scheuermann es la segunda causa de deformidad de la columna vertebral y de dorsalgia en niños y adolescentes. La incidencia varía entre 0.4 al 8,3% de la población, con ligero predominio masculino, habitualmente entre 10-12 años. Se describen dos tipos: la más frecuente, la tipo I (clásico) de localización torácica. La tipo II, toracolumbar que posee mayor riesgo de progresión. La etiología es aún incierta, aunque se considera de origen hereditario con influencia de factores mecánicos. La medición de la cifosis y un acuñamiento mayor a los 5° en al menos 3 vertebras consecutivas en el apex de la cifosis, objetivadas mediante telerradiografía son diagnóstico. Son comunes la presencia de otros hallazgos radiológicos con alteraciones morfológicas de la columna vertebral. Existe incertidumbre sobre el tratamiento conservador o quirúrgico.

Caso clínico. Paciente masculino de 12 años, con trastorno del lenguaje y discapacidad cognitiva. Refiere dolor de espalda intermitente de 2 años de evolución, exacerbados con la sedestación o bipedestación prolongada, que ceden con paracetamol. En la exploración física pectus carinatum y una hipercifosis dorsal marcada no corregible. Se solicita una teleradiografía de columna total, donde se objetiva hipercifosis dorsal D3 a D11 con acuñamiento anterior de las vértebras D9 a D12, además de escoliosis dorsolumbar D9 a L2. Se deriva al servicio de traumatología donde se solicita una resonancia magnética. A nivel dorsal reporta en plano sagital, pequeñas herniaciones intraesponjosas (o de Schmorl) desde T9 hasta T12 compatible con Scheuermann. A nivel lumbar marcada lordosis y nodulos de Schmorl en los platillos vertebrales L4 y L5. Se deriva a rehabilitación.

Se prescribe un corsé y realizar ejercicios anticifosantes, con poca adherencia terapéutica.

Discusión. La enfermedad de Scheuermann es una enfermedad infradiagnosticada, se debe sospechar ante la presencia de dolor crónico de espalda en la edad prepuberal o identificarla durante la exploración. Es de vital importancia diferenciarla de la cifosis postural, que se corrige con la extensión del tronco y de carácter benigno. La cifosis dorsal es menos angular y más redondeada y no presentan las imágenes radiológicas de la enfermedad de Scheuermann.

EXANTEMA PURPÚRICO EN LACTANTE ¿QUÉ SOSPECHAMOS? *Alonso Ferrero J¹, Aldana Villamañán I², Carranza Ferrer J², García Montero M², García Saseto P², Hernández Garrido S¹.* ¹Centro de Salud La Victoria. Valladolid. ²Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La patología dermatológica en Pediatría es uno de los motivos más frecuentes de consulta, tanto en Atención Primaria como en Urgencias Pediátricas. Son múltiples las causas de aparición de exantema: fármacos, infecciones, enfermedades sistémicas, entre otros. Es importante conocerlos para realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados.

Caso clínico. Lactante mujer de 8 meses de edad correctamente vacunada y sin antecedentes de interés que consulta en Atención Primaria por cuadro catarral de una semana de evolución con febrícula de 37,5°C e irritabilidad. Se objetiva una otitis media aguda, por lo que se pauta ibuprofeno y amoxicilina durante 7 días. A las 24 horas de finalizar la antibioterapia, presenta un exantema maculoso, eritematoso, generalizado, no pruriginoso, confluyente, que desaparece a la digitopresión y mínimamente sobrelevado. La paciente continúa con mucosidad nasal, por lo que se pauta tratamiento sintomático. En las siguientes 24 horas, acude a Urgencias Pediátricas por aparición de fiebre de hasta 39°C y aumento del exantema, afectando más a zonas acras y asociando edema en dorso de manos y pies. Aparecen lesiones con componente purpúrico que blanquean parcialmente a la presión, por lo que se realiza una analítica sanguínea compatible con viriasis sin elevación de reactantes de fase aguda (15.890 leucocitos/ml, 44,2% linfocitos, 51,9% neutrófilos, 348.000 plaquetas/ml, PCR 1,12 mg/L), serologías víricas y hemocultivo negativos, sistemático de orina negativo, positividad de enterorinovirus en frotis faríngeo. La paciente mantiene en todo momento un excelente estado general y signos meníngeos negativos. Exploración del resto de aparatos dentro de

la normalidad. Ante la sospecha diagnóstica de edema agudo hemorrágico del lactante, se da de alta con controles posteriores consensuados entre Urgencias Pediátricas y Atención Primaria. La evolución del cuadro fue favorable, la fiebre desapareció a las 36 horas y el exantema fue resolviéndose hasta su desaparición a los 12 días de su inicio.

Conclusiones. El edema agudo hemorrágico del lactante es una vasculitis de pequeño vaso infrecuente que aparece en lactantes de 3-24 meses sin claro desencadenante. Presentan lesiones cutáneas sobre elevadas con coloración violácea, con localización típica en pabellones auriculares y partes acras. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se debe realizar un diagnóstico diferencial con la púrpura de Schönlein-Henoch. Tiene un pronóstico excelente con resolución en 1-3 semanas.

VÓMITOS: ¿OTRA GASTROENTERITIS MÁS? *Fernández Morán E, Megido Armada A, Fernández López A, Corujo Murga P, Vega López L, García Fernández S, Díaz García P, Blanco Lago R. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los quistes aracnoideos constituyen alrededor del 1% de todas las lesiones intracraneales. El 90% se diagnostican en las dos primeras décadas de vida y se creen secundarias a un defecto embrionario en el desarrollo del espacio subaracnoideo.

Caso clínico. Niña de 13 años, sin antecedentes de interés, que consulta por diplopía binocular junto con torpeza motora gruesa de una semana en el contexto de vómitos matutinos de 2 meses de evolución. Fue valorada por clínica emética matutina aislada, con impresión clínica de gastroenteritis. De manera progresiva se instaura torpeza motora a la marcha. En la exploración destaca ptosis derecha, nistagmus horizontal en la mirada extrema derecha y marcha con aumento de la base de sustentación y tándem inestable. Se realiza fondo de ojo, objetivando papiledema bilateral y hemorragias en astilla. Se solicita TAC craneal con hallazgos de hidrocefalia tetracameral. Se interviene de urgencia para colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal. Se completan estudios con resonancia magnética cráneo – medular donde se objetiva una lesión quística en cuarto ventrículo que desplaza fosa posterior, compatible con quiste aracnoideo. Resección en segundo tiempo del quiste, que se complica con hematoma cerebeloso postquirúrgico, con resolución espontánea progresiva y normalización de la exploración neurológica. Tras 21 días de ingreso finalmente es dada de alta, permaneciendo asintomática en la actualidad.

Conclusiones. Los vómitos matutinos pueden ser un signo clínico de hipertensión intracraneal. Ante cualquier paciente que consulta por vómitos no debe faltar una anamnesis dirigida a descartar síntomas neurológicos y una exploración física detallada.

RITMO NODAL ACELERADO: UN RITMO RARO EN EL NIÑO SANO. *Zarandona Leguina S¹, Pérez Santaolalla E¹, Maldonado Toral MJ¹, Montero Macarro JM², Menéndez Bango C¹, Santamaría Sanz PI¹, Iglesias Rodríguez M¹, Gonzalo San Esteban A¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Centro de Salud Cristóbal Acosta. Gerencia de Atención Primaria. Burgos.*

Introducción. La taquicardia ectópica de la unión se produce por aumento del automatismo en un foco situado en el nodo auriculoventricular (AV). La situación más frecuente en la que podemos encontrar este ritmo es en el postoperatorio cardiaco, pero también puede ser congénita o focal paroxística o no paroxística (ritmo nodal acelerado). El ritmo nodal acelerado es más común en adultos y suele ser secundario a isquemia aguda de miocardio, intoxicación digitalica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, carditis reumática, alteraciones electrolíticas o postoperatorio cardiaco. Es raro verlo en niños. Se caracteriza por ritmo con QRS estrecho con frecuencia cardiaca (FC) variable, ondas P ausentes o invertidas tras complejos QRS o disociación AV. En los casos en los que exista repercusión hemodinámica se precisará tratamiento médico con amiodarona, betabloqueantes o flecainida entre otros y en algunos casos estudio electrofisiológico y ablación.

Caso clínico. Niña de 6 años remitida por su pediatra de atención primaria por alteración en electrocardiograma (ECG) realizado por arritmia en exploración rutinaria del niño sano. No refiere procesos infecciosos intercurrentes, consumo de fármacos, antecedente de cirugía cardíaca ni otros antecedentes personales de interés. No antecedentes familiares de interés. Se encuentra asintomática. Tanto en el ECG como en el holterECG presenta ritmo arritmico con QRS estrecho y disociación AV con ondas P de morfología sinusal. La ecocardiografía es normal en anatomía y función y la analítica sanguínea no muestra alteraciones. Ante datos de la anamnesis y resultados de las pruebas complementarias se considera que se trata de un ritmo nodal acelerado con bloqueo de la conducción ventrículo-auricular. Ante la ausencia de síntomas y repercusión hemodinámica se realizará control clínico, ecocardiográfico y holterECG.

Conclusiones. La situación más frecuente en la que se da la taquicardia ectópica de la unión en edad pediátrica es

en el postoperatorio cardiaco. El ritmo nodal acelerado es un ritmo raro en el niño sano. La presencia de síntomas se relaciona con FC elevadas. En caso de repercusión hemodinámica clínica o ecocardiográfica será necesario tratamiento médico e incluso ablación. En los casos asintomáticos se mantiene una actitud expectante con controles.

TUMORACIÓN RECIDIVANTE EN CAVIDAD ORAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS. *de Felipe Pérez M, Carranza Ferrer J, Gutiérrez Zamorano M, Izquierdo Herrero E, Ortega Vicente E, Acevedo Vega JR, Morales Moreno AJ, López Allúe L. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Una ránula es un tumor benigno pseudoquistico redondeado, unilateral y blando en el suelo de la boca, de contenido seromucoso, con origen en la glándula salival sublingual por extravasación de mucus debido a traumatismo, cirugía o anomalías congénitas. Las ránulas cervicales sobrepasan el músculo milohioideo, ocupando el espacio submaxilar o parafaríngeo. Afecta a niños y adultos jóvenes y es más frecuente en varones (2:1).

Casos clínicos. Caso 1. Paciente de 13 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias por bultoma indoloro y eritematoso de 3x1,5 cm en región sublingual derecha de 7 días de evolución con aumento del tamaño rápidamente progresivo en las últimas 48 horas con aparición súbita de dolor. Celda submaxilar dolorosa a la palpación. Tras el diagnóstico de ránula sublingual se realiza PAAF para drenaje de contenido mucoso. Recidiva de la tumoración, alcanzando un tamaño máximo de 2 cm, en dos ocasiones más durante la semana posterior, con dolor a la movilización lingual, odinofagia y encontrándose afebril en todo momento. Nuevo drenaje mediante PAAF, sin complicaciones. Se programa cirugía que no llega a realizarse por resolución espontánea a los 2 meses.

Caso 2. Paciente de 4 años de edad, sin antecedentes personales de interés, valorado por Cirugía Pediátrica por tumoración sublingual izquierda tras traumatismo mandibular. Resolución espontánea a las 6 semanas, con ecografía sin hallazgos patológicos. Recidiva 4 meses después, con dificultad para la protrusión lingual, sialorrea y dolor. En resonancia magnética, se objetiva una lesión sublingual bilobulada de 50 mm de longitud máxima. Se programa cirugía que finalmente no se lleva a cabo por resolución espontánea.

Conclusiones. Si bien, el diagnóstico de la ránula es fundamentalmente clínico, ante dudas diagnósticas puede ser recomendable la realización de pruebas de imagen

para definir su origen y localización y diferenciarla de otras tumoraciones más profundas como los hemangiomas, los quistes dermoides o los higromas quísticos. El tratamiento de elección es quirúrgico, recomendándose la marsupialización modificada frente a la exéresis simple por presentar menor tasa de recidivas, situación que suele ser la norma en aquellos casos en los que se decide actitud conservadora.

HIPERTENSIÓN PULMONAR Y CIRUGÍA URGENTE ORL. *Gonzalo San Esteban A¹, Pérez Arnáiz L¹, Soltero Carrasco JF², Zarandona Leguina S¹, Barbadillo Mariscal B¹, Del Blanco Gómez I¹, García González M¹, Gómez Sáiz F¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) constituye una de las patologías respiratorias más prevalentes en la edad pediátrica, situándose entre 1-5% de nuestra población, aumentando hasta el 46,6% en pacientes obesos. Puede producir graves comorbilidades como hipertensión pulmonar (HTP), trastornos de conducta, déficits cognitivos o retraso en el crecimiento.

Caso clínico. Lactante de 21 meses que acude a Urgencias pediátricas por dificultad respiratoria presentando una saturación basal de oxígeno de 88%. En la exploración física se objetiva un score de gravedad para broncoespasmo con un soplo sistólico II/VI. La gasometría venosa muestra una acidosis respiratoria compensada con un bicarbonato muy elevado (HCO₃ 35,5 mmol/L) como dato de hipoventilación crónica y la radiografía de tórax constata cardiomegalia. La anamnesis pone de manifiesto que presenta un sueño superficial con despertares frecuentes, ronquido y respiración bucal. La ecocardiografía muestra dilatación de cavidades derechas con HTP moderada. En la valoración por ORL con fibroscopia se observa una hipertrofia adenoidea grado IV con completa obstrucción de ambas coanas y rinofaringe. Requiere estabilización en UCIP con ventilación mecánica no invasiva presentando, aun así, episodios de apnea y desaturaciones graves por lo que se indica adenoidectomía urgente. La evolución posterior es favorable ya que presenta una buena ganancia pondero-estatural y una gran mejoría subjetiva de la estructura del sueño, pendiente de realizar estudio polisomnográfico diferido de cirugía.

Comentarios. Dado que el SAHS en la edad pediátrica presenta una elevada prevalencia con un aumento en el número de casos diagnosticados en la actualidad, sumado a las importantes comorbilidades que pueden aparecer, es vital el reconocimiento precoz y el adecuado tratamiento

del mismo. Por ello, se recomienda que en los controles de salud, se investigue la calidad del sueño en todos los niños.

LUXACIÓN DE RODILLA EN RECIÉN NACIDA: UNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA RARA. López Salas E, Martínez Díaz S, Iglesias Rodríguez M, Pérez Arnáiz L, Arnáez Solís J, Corpa Alcalde A, Trueba Sánchez L, González Gallego S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La luxación congénita de rodilla (o *genu recurvatum* congénito) es una patología rara, con una incidencia de 1 de cada 100.000 recién nacidos vivos, de predominio en mujeres. Consiste en el desplazamiento anterior de la tibia con respecto a los cóndilos femorales, que se manifiesta como una rodilla en hiperextensión. Se ha relacionado con diversas etiologías, desde factores mecánicos intraútero (presentación de nalgas, oligoamnios) hasta alteraciones genéticas. La radiografía simple apoya el diagnóstico. La clasificación de Leveuf y Pais divide según exista desplazamiento leve (grado I), subluxación (grado II) o luxación completa (grado III). Puede aparecer aislada, asociada a otras malformaciones musculoesqueléticas (principalmente displasia del desarrollo de la cadera, pero también alteraciones del pie, codo, etc.) o como parte de diferentes síndromes (Marfan, Ehlers-Danlos, Larsen, etc.). El tratamiento incluye métodos ortopédicos, rehabilitación y/o cirugía.

Caso clínico. Recién nacida a término con adecuado peso para la edad gestacional sin antecedentes familiares ni obstétricos de interés (incluyendo presentación cefálica y ausencia de oligoamnios). En la exploración neonatal inicial se objetiva una rodilla izquierda en actitud de hiperextensión y un pie zambo derecho postural reducible. Resto normal, incluyendo maniobras de Barlow y Ortolani. La radiografía simple confirma una luxación congénita de rodilla izquierda grado III (completa). Se interconsulta a Traumatología y Ortopedia, que realiza reducción cerrada en las primeras horas de vida e inicia tratamiento con férulas inguinopédicas seriadas en flexión gradual, que se retiran a las 4 semanas. Posteriormente, comienza tratamiento rehabilitador. Se solicita una ecografía de cadera, sin alteraciones. La evolución es favorable, presentando a los 3 meses de vida movilidad articular completa.

Conclusiones:

- El principal interés de la luxación congénita de rodilla radica en su escasa incidencia y en la poca experiencia en relación a su manejo. En general, el tratamiento ortopédico precoz reduce la necesidad de corrección quirúrgica. En nuestro caso, la paciente ha presentado una buena

evolución hasta la fecha con tratamiento conservador (ortopédico y fisioterápico).

- Por último, en todos los casos debe realizarse una exploración secundaria dirigida a buscar otras anomalías, ya que puede ir asociada a diferentes malformaciones y síndromes. La paciente presentaba al nacimiento únicamente un pie zambo derecho flexible, sin alteraciones externas sindrómicas y con una ecografía de caderas normal, por lo que de momento se mantiene el seguimiento y se ha decidido no ampliar estudios.

CUTIS VERTICIS GYRATA: A PROPÓSITO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA. De Pablo García, M¹, Alonso Díaz J, García García MD², Revelles Peñas L³, Santos-Briz Terrón A⁴, Martín Galache M¹, Escalona Gil AM¹, Alcubilla García L¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Servicio de Pediatría. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Introducción. *Cutis Verticis Gyrata* (CVG) constituye un síndrome neurocutáneo que se caracteriza por la disposición del cuero cabelludo en pliegues y surcos hundidos que recuerdan a las circunvoluciones encefálicas. CVG se puede catalogar como esencial y no esencial (primaria y secundaria) según se asocie o no a otras manifestaciones y repercusiones sistémicas, distintas del cuero cabelludo. Por su etiología, se relaciona con varias enfermedades, tales como alteraciones endocrinológicas (como la enfermedad de Graves y casos de acromegalia), deficiencias intelectuales y resistencia a fármacos antiepilépticos, dermatitis atópica crónica, enfermedad inflamatoria intestinal, leucemias e implantes cocleares.

Caso clínico. Mujer de 13 años que acude a la consulta de Atención Primaria Pediátrica por la aparición lenta y gradual de nódulos subcutáneos de 3 cm de diámetro en el cuero cabelludo, de localización frontotemporal bilateral, sin pérdida de cabello. No presentaba ningún otro síntoma acompañante. Como antecedentes personales presentaba diabetes mellitus tipo 2 y obesidad (IMC=39). Se deriva al servicio de Dermatología donde observan que sus lesiones describen circunvoluciones de aspecto cerebriiforme. Se biopsian y se concluye la compatibilidad diagnóstica con *Cutis Verticis Gyrata*.

Conclusiones. CVG es una condición benigna, rara e idiopática en la mayoría de los casos. Sin embargo, lleva asociada una gran repercusión psicológica que puede dificultar las interacciones sociales del paciente, de máxima relevancia sobre todo en la edad pediátrica. No hay un tratamiento esta-

blecido, aunque se puede valorar la intervención quirúrgico-estética en casos seleccionados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DERRAME PLEURAL. *Calleja Ibáñez M, López Salas E, Cuervas-Mons Tejedor M, Blanco Barrio A, Iglesias Rodríguez M, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D, Pérez Salas S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos*

Introducción. El derrame pleural (DP) se define como la acumulación de líquido en el espacio pleural. En pediatría la causa más frecuente es la infecciosa pero hay que tener presente otras patologías potencialmente más graves como los traumatismos torácicos o los procesos linfoproliferativos. Para orientar el diagnóstico es importante realizar una prueba de imagen y obtener muestras del líquido pleural. A propósito de un caso revisamos el manejo y el diagnóstico diferencial del DP.

Caso clínico. Varón de 12 años que consulta por disnea de esfuerzo de 2 semanas de evolución asociando síntomas constitucionales y algo de tos. A la auscultación marcada hipoventilación en campo pulmonar derecho, por lo que se solicita radiografía de tórax y ecografía pulmonar objetivándose DP masivo derecho con atelectasia/consolidación, DP posterobasal izquierdo de 10 mm y pericárdico de 10 mm. Ante estos hallazgos se decidió ingreso en la UCIP para colocación de drenaje pleural, inicio de ventilación mecánica no invasiva y antibioterapia empírica con Cefotaxima (200 mg/kg/día) y Clindamicina (40 mg/kg/día). Preciso soporte respiratorio no invasivo (parámetros máximos BiPAP con IPAP 11 cmH₂O y

EPAP 7 cmH₂O y FiO₂ 65%) durante 7 días, siendo necesario al 5º día de ingreso la colocación de un drenaje en hemitórax izquierdo. A los 10 días retirada de ambos drenajes y alta a Planta. Se completó el estudio con TAC torácico, PET TAC, citología y cultivos de líquido pleural, punción lumbar y estudio de médula ósea, ecografía abdominal, testicular y cardiaca y biopsia ganglionar. Finalmente se diagnosticó de leucemia aguda linfoblástica T de riesgo intermedio estando actualmente en tratamiento quimioterápico.

Conclusión. Ante derrames pleurales de etiología no clara, es importante incluir en el diagnóstico diferencial los procesos neoplásicos. Para aclarar la etiología no hay que olvidarse de enviar muestra para cultivar y sobre todo citología del líquido pleural.

ANÁLISIS DE TASAS DE LACTANCIA EN MATERNIDAD EN PARTOS MÚLTIPLES Y LOS CONDICIONANTES RELACIONADOS. *Gil Calderón FJ, Pérez Salas S, García Miralles L, Cordobilla P, Martínez I, Calleja Ibáñez M, Mañaricua A, de Frutos C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Objetivo. Comparar las tasas de LM en Maternidad en RN de gestaciones múltiples (RNGM) con el resto de población, y determinar qué factores perinatales influyen.

Pacientes y métodos. Recogida prospectiva de datos perinatales y de lactancia de todos los RN de nuestra maternidad durante 27 meses (julio-2019/octubre-2021), incluyendo 3.174 RN. Se comparan datos de RNGM con el resto de RN, con los resultados que figuran en la *tabla I*.

TABLA I. RESULTADOS

		Múltiples	Únicos	P	
		63 (2%)	3.111 (98%)		
Perinatal	LM previa (años; n, %)	22 (75,9%)	1.432 (89%)	<0,05	
	Cesáreas (n, %)	34 (54%)	507 (16,3%)	<0,05	
	EG (media, DES)	36,73 (0,9)	39,3 (1,35)	<0,00	
	Peso RN (media, DES)	2.521,6 (298)	3.273,8 (428)	<0,00	
Lactancia (%)	Ingreso	LME	12,70%	71,17%	<0,05
		LMS	80,95%	23,08%	<0,05
		LA	6,35%	5,66%	>0,05
	Alta	LME	28,57%	84,47%	<0,05
		LMS	58,73%	8,04%	<0,05
		LA	12,70%	7,46%	>0,05
% Pérdida de peso (media, DES)		3,63% (0,03)	4,98% (0,03)	0,002	

Conclusiones:

- Los RNGM presentan tasa de LM exclusiva significativamente inferiores a las alcanzadas por los no-múltiples, concurriendo en ellos muchos factores que dificultan la LM: tasa de cesáreas, bajo peso al nacimiento y menores edades gestacionales (EG).
- La tasa de LA (lactancia artificial) fue similar en ambos grupos, poniendo de manifiesto el interés de estas madres por la LM sobre la LA.
- En este grupo de familias, el objetivo en Maternidad puede no ser la LME, sino la oferta de los apoyos necesarios para que consigan la mejor LM posible.

REBOTE SEROLÓGICO TRAS FINALIZAR EL TRATAMIENTO EN UN CASO DE TOXOPLASOMOSIS CONGÉNITA: ¿ESTAMOS ANTE UNA RECAÍDA? López Salas E, de Frutos Martínez MC, Santamaría Sanz PI, Obregón Asenjo M, Pérez Arnáiz L, Calleja Ibáñez M, Luis Barrera C, Mañaricúa Arnáiz A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La toxoplasmosis congénita se produce por transmisión transplacentaria de *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*) al feto tras la primoinfección materna en el embarazo. El riesgo de infección fetal aumenta con la edad gestacional, mientras que la gravedad del cuadro disminuye. La positividad de IgM/IgA o de la PCR frente a *T. gondii* (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo) confirma el diagnóstico neonatal, si bien el mismo muchas veces es complicado, ya que los resultados pueden ser falsamente negativos. En estos casos, la infección congénita se puede constatar por persistencia de IgG tras el año de vida. Las lesiones coriorretinianas y encefálicas son las más típicas, pero lo más frecuente es la infección asintomática del tercer trimestre. Si esta última no se trata, sin embargo, hasta un 80% desarrollarán secuelas visuales o neurológicas.

Caso clínico. Recién nacida a término con antecedente de infección materna gestacional por *T. gondii* en tercer trimestre, documentada por seroconversión de IgG con IgM positiva. La madre recibe espiramicina hasta el parto. La exploración física neonatal es normal, mostrándose la recién nacida asintomática. La sospecha de infección congénita se establece tras obtenerse líquido cefalorraquídeo con datos de hiperproteinorraquia y pleiocitosis linfocítica, y se confirma con una serología IgG e IgM frente a *T. gondii* positiva. El resto de pruebas complementarias neonatales son negativas (hemograma, bioquímica sanguínea, fondo de ojo, ecografía transfontanelar, resonancia magnética cerebral, cribado

auditivo y PCR *T. gondii* en orina, sangre y líquido cefalorraquídeo). Recibe tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico doce meses, persistiendo IgG tras este periodo, lo cual reafirma el diagnóstico. Tres meses después de finalizar el tratamiento, sin embargo, presenta una importante elevación de los niveles de IgG (1.033 UI/ml previos, hasta 19.703 UI/ml). Como consecuencia, se refuerzan los controles, no detectándose alteraciones en el fondo de ojo ni otros datos sugestivos de reactivación.

Conclusiones. La elevación de IgG frente a *T. gondii* tras finalizar el tratamiento está bien descrita en la literatura y su significado es incierto. A día de hoy, solo se aconseja revisar el fondo de ojo y reforzar el seguimiento. Además, independientemente de esto, en todos los pacientes se recomienda un seguimiento multidisciplinar estrecho (clínico, analítico, serológico, oftalmológico, auditivo) hasta pasada la pubertad. Con una edad actual de 7 años, la paciente presenta un neurodesarrollo normal, sin alteraciones visuales ni otras incidencias en los controles.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Barbadillo Mariscal B, Mañaricúa Arnáiz A, García Miralles L, Iglesias Rodríguez M, Echeverría Carrillo JA, Gabaldón Pastor D, Portugal Rodríguez R, De la Mata Franco G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia de carácter benigno muy poco frecuente en edad pediátrica. Su etiología es desconocida y la localización más habitual es pulmonar. A nivel del tracto urinario, la vejiga es el órgano más afectado, siendo la hematuria macroscópica la principal forma de presentación. La clínica y las pruebas de imagen no son concluyentes por lo que es necesaria la confirmación anatomopatológica que permite descartar otras entidades malignas más frecuentes como el rhabdomioma. A nivel histológico, se caracteriza por la presencia de células fusiformes e infiltrado inflamatorio. La cirugía es la principal opción terapéutica y aunque la evolución es favorable y rara vez metastatizan, tienden a la recurrencia local, por lo que es importante un seguimiento estrecho.

Caso clínico. Lactante de 12 meses sin antecedentes de interés, derivado a la consulta de nefrología por accesos de dolor abdominal en relación con la micción y la defecación y con un chorro miccional entrecortado de 3 semanas de evolución. En la exploración física presenta elevación de la tensión arterial, dolor suprapúbico con la palpación y una

micción por goteo que asocia llanto intenso. Tras descartar una posible infección urinaria, se realiza una ecografía abdominal que muestra ureterohidronefrosis bilateral grado III-IV y una vejiga con engrosamiento mural irregular, confirmándose con resonancia magnética. Como estudio de extensión, se realiza una TAC de tórax que descarta afectación a este nivel. Se realiza la toma de biopsias mediante cistotomía con estudio anatomopatológico compatible con TMI. Siendo un tumor localizado, se indica tratamiento antiinflamatorio oral con celecoxib a 10 mg/kg/día y prednisolona a 2 mg/kg/día durante un mes hasta realizar intervención quirúrgica (tumorectomía vesical + uretero-transureterostomía término-lateral) con aparente resección completa del tumor. Tras la cirugía, se pauta amoxicilina-clavulánico y se continúa tratamiento con celecoxib y pauta descendente de corticoterapia (1,1 mg/kg/día), a la espera de nueva RMN

Conclusión. El TMI es una entidad infrecuente en la población pediátrica. En niños con clínica de obstrucción urinaria y presencia de una masa vesical en las pruebas de imagen es obligado realizar un diagnóstico diferencial que incluya esta patología. En los casos localizados en los que se realiza una resección completa la supervivencia es cercana al 100%. Es necesario un seguimiento estrecho de los pacientes tratados por el riesgo de recurrencia.

BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Álvarez Merino M¹, Rubín Roger S¹, Rodríguez Ovalle S¹, Rodríguez Ortiz M¹, Vázquez Villa JM¹, Anes González G², García Suárez L², Calle Miguel L¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* ha de considerarse siempre con significación clínica, siendo infrecuente la contaminación del hemocultivo por este microorganismo. Se presenta un caso de una bacteriemia por *S. aureus* sin foco infeccioso evidente inicialmente.

Caso clínico. Varón de 11 años que acude al servicio de urgencias de pediatría por fiebre (máximo 40°C) de 4 días de evolución con mala respuesta a antitérmicos. No refería clínica a otros niveles. Antecedentes personales: sano, sin cardiopatía conocida, no portador de dispositivos médicos. Exploración física: buen estado general, sin foco infeccioso evidente, heridas en fase cicatricial en ambas rodillas, resto de exploración normal. Se extrae hemograma, bioquímica (Proteína C Reactiva -PCR- 4,9 mg/dl) y hemocultivo, y es dado de alta. A las 24 horas, avisan de aislamiento de *S. aureus* en hemocultivo. El paciente persiste febril, sin cambios

clínicos ni analíticos y se decide ingreso bajo antibioterapia intravenosa empírica con cloxacilina y vancomicina (suspendida tras confirmación de *S. aureus* meticilín-sensible). Se realizan radiografía de tórax y ecocardiografía, sin alteraciones. En la anamnesis dirigida, refiere antecedente de herida de evolución tórpida con supuración en rodilla izquierda de un mes de evolución y posterior comienzo de dolor leve-moderado a punta de dedo en cara interna de rodilla derecha de una semana de evolución, con limitación exclusiva de la actividad física intensa. En la exploración física no se aprecia claudicación de la marcha ni signos de inflamación articular y la movilidad activa y pasiva de la rodilla derecha estaban conservadas. Ante sospecha de infección osteoarticular, se optimiza dosis de cloxacilina y se solicita resonancia magnética nuclear, con el hallazgo de osteomielitis aguda en metáfisis distal y cóndilo femoral interno de rodilla derecha con afectación del cartílago de crecimiento, sin imagen de absceso intraóseo o fistulización. Durante su estancia presenta disminución del dolor, hemocultivo de control negativo y descenso de PCR (1,3 mg/dl). Es dado de alta a los 7 días, a tratamiento con cefadroxilo oral y control en consultas externas.

Conclusiones. La principal causa de bacteriemia por *S. aureus* en niños previamente sanos son las infecciones osteoarticulares, por lo que el clínico ha de realizar una anamnesis y exploración física detalladas y orientadas a esta entidad. En el caso presentado, la clínica leve, que resultó irrelevante para la familia, y la normalidad de la exploración física supusieron una cierta demora en el diagnóstico de una infección osteoarticular.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN HIJO DE MADRE DIABÉTICA. *García Miralles LC, Santamaría Sanz PI, Pérez Arnaiz L, Corpa Alcalde A, Echevarría Carrillo JA, Arnáez Solís J, Bolea Muguruza G, Vega del Val C.* Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El síndrome de colon izquierdo hipoplásico es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal neonatal. Aunque la etiología se desconoce, clásicamente se ha relacionado, entre otros, con hijos de madres diabéticas. El enema con Gastrográfín es de gran utilidad para llegar al diagnóstico, contribuyendo a su vez al tratamiento junto con la utilización de enemas de limpieza (*nursing*). En la mayoría de los casos, ambos procedimientos favorecen la recuperación del tránsito intestinal distal, sin embargo, se han descrito casos de perforación intestinal y obstruc-

ciones severas que han precisado finalmente intervención quirúrgica.

Caso clínico. Recién nacido a término, hijo de madre diabética tratada con insulina con diagnóstico ecográfico prenatal de macrosomía y polihidramnios, que ingresa a las 3 horas de vida en la Unidad Neonatal por hipoglucemia precoz asintomática que precisa tratamiento intravenoso. En torno a las 12 horas de vida, tras comenzar tolerancia enteral con calostro materno, presenta distensión abdominal progresiva acompañada de vómitos no biliosos e hiperlactacidemia. En la exploración física presenta un abdomen cada vez más distendido, doloroso a la palpación con asa intestinal marcada en hipocondrio izquierdo. Se mantiene a dieta absoluta en las siguientes horas, colocando sonda nasogástrica y se completa estudio con radiografías abdominales en las que se objetiva distensión y edema de asas. A las 36 horas de vida se realiza enema opaco con Gastrográfín en el que se observa disminución del calibre colónico izquierdo con una zona de transición brusca a partir del ángulo esplénico compatible con síndrome de colon izquierdo hipoplásico. En las siguientes horas se realizan enemas con Gastrográfín pautados y maniobras Nursing realizando deposición espontánea el cuarto día de vida con adecuado tránsito intestinal posterior.

Conclusiones. Ante un retraso en la expulsión de meconio y /o distensión abdominal en hijos de madres diabéticas debemos considerar la presencia de un colon izquierdo hipoplásico. Sin embargo, su presentación clínica similar a otras entidades clínicas en el periodo neonatal como el íleo meconial, la enfermedad de Hirschsprung, etc., obliga a un adecuado diagnóstico diferencial. En nuestro paciente, la estabilidad clínica permitió un tratamiento conservador que fue eficaz y bien tolerado.

SE ABRE EL TELÓN Y APARECE UN TRAUMATISMO GENITAL CERRADO. SE CIERRA EL TELÓN. SE VUELVE ABRIR Y APARECE UN SHOCK HIPOVOLÉMICO TARDÍO ¿CUÁL ES EL ESCENARIO MÁS PROBABLE? Morales Moreno AJ, Carranza Ferrer J, Aldana Villamañán I, Sánchez Abuín A, Nieto Sánchez R, Villa Francisco C, Gómez Beltrán Ó, Tejerina López R. Servicio de Pediatría; Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los traumatismos genitales externos son poco frecuentes en pediatría, representando según series el 0,4% de las urgencias por traumatismos y el 12% de las urgencias urológicas. Predominan los cerrados frente a los abiertos, siendo en el primer grupo la integridad de la albu-



Figura 1.

gínea lo que determina el algoritmo terapéutico, la cual puede detectarse ecográficamente hasta en el 96% de los casos.

Caso clínico. Paciente varón de 11 años que acude a urgencias tras traumatismo genital secundario a caída accidental a horcajadas sobre objeto metálico romo. Presenta dolor intenso en región perineal apreciándose en la exploración física hematoma perineo escrotal con edema progresivo, sin heridas penetrantes (Fig. 1). No presenta sangre en meato urinario y el esfínter anal mantiene buen tono. La bolsa escrotal se muestra edematosa y equimótica con reflejo cremastérico bilateral presente. La ecografía escrotal muestra lesiones gonadales compatibles con un grado 1 de la clasificación de AAST (*American Association for the Surgery of Trauma*). El TAC abdomino pélvico descartó lesión visceral y de la vía urinaria o la presencia de hemoperitoneo y las series óseas fueron normales. Tras evolución favorable, el octavo día de ingreso presenta hematuria severa con coágulos, junto shock hipovolémico que precisó administración de vitamina K, reanimación con cristaloides y dos transfusiones de hematíes; pruebas de coagulación y recuento plaquetario dentro de límites. Buen rendimiento postransfusional y aclaramiento progresivo de la orina tras irrigaciones vesicales salinas y Credé. Precisa sondaje vesical por cuadros de retención de orina intermitentes. Después de dos intentos fallidos se consigue retirada de la sonda realizando micción espontánea tras tratamiento con corticoide, e hidroxicina a dosis sedante.

Conclusiones. Aunque la mayoría de los traumatismos genitales son leves y no precisan tratamiento quirúrgico es vital el despistaje ecográfico de la lesión gonadal para garantizar la integridad testicular. La coagulopatía asociada al traumatismo tiene un origen multifactorial donde destacan la acidosis, el consumo plaquetario, liberación de factores de coagulación, la activación de reactantes de fase aguda o el daño tisular. Se distingue un fenotipo hemorrágico o fibrinolítico y un fenotipo trombótico, que en sus fases iniciales

pueden presentar normalidad en las pruebas habituales de valoración de la hemostasia, al tratarse de pruebas estáticas. En los pacientes que han sufrido un traumatismo genital cerrado manejados de forma conservadora es necesario seguimiento a corto, medio y largo plazo ya que pueden presentar secuelas como infertilidad, hipogonadismo, disfunción eréctil, dolor persistente o alteraciones histológicas como tumores testiculares no seminomatosos durante el primer año postraumático.

NO TODO SÍNDROME NEFRÓTICO ES IDIOPÁTICO EN PEDIATRÍA. *Alvargonzález Fernández J, Baruque Rodríguez S, Rodríguez Lorenzo P, Álvarez Rodríguez D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. El síndrome nefrótico (SN) es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría. El SN idiopático constituye el 90% de los SN en niños, se presenta preferentemente entre los 2-8 años con máxima incidencia entre los 3-5 años.

Caso clínico. Niño de 11 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude al Servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro Hospital por edema palpebral bilateral, así como en tobillos, especialmente al levantarse, desde las 2 semanas previas. Asociaba distensión abdominal ocasional. No pérdida de peso ni de apetito, discreta astenia. Buen descanso nocturno. Debido a esta sintomatología acudieron previamente a servicio privado, donde realizan una eco abdominal en la que objetivaron líquido libre, motivo por el cual su pediatra de Atención Primaria solicita analítica de orina (índice proteínas/creatinina 4,77, sistemático y sedimento: proteínas +++ y con sospecha de SN nos lo remite. En la exploración física a su llegada a Urgencias destaca únicamente una hepatomegalia de 1,5 traveses de dedo y edema con fóvea en ambas piernas (hasta la mitad de la pantorrilla) sin edemas a otros niveles. Se realiza un hemograma y coagulación que son normales. En la bioquímica se objetivan unas proteínas de 57 g/L y un perfil lipídico alterado (TG 154 mg/dl, colesterol total 373 mg/dl, HDL 88 mg/dl LDL 254 mg/dl). El Eys de orina presenta 3 cruces de proteínas y 1 de sangre. El cociente proteínas/creatinina es de 7,89 mg/mg. Ante sospecha de SN se decide ingreso en planta con dieta normoproteica y restricción hídrica. En vista del buen estado general, no se inicia corticoterapia, esperando resultados de pruebas (niveles de complemento y mantoux, que fueron normales). Durante su ingreso presenta un episodio de dolor abdominal y fiebre por lo que solicita una nueva eco abdominal en la que se detecta en el bazo

lesiones focales nodulares hipoeoicas aparentemente sólidas y múltiples. Dados estos hallazgos, solicitamos una RX de tórax por la posibilidad de un Sd. nefrótico paraneoplásico, que nos informan como: adenopatías hiliares bilaterales y probables adenopatías mediastínicas, con imagen nodular en segmento posterior de LSD. Con estos resultados, decidimos traslado a Hospital de referencia para completar estudios ante sospecha de linfoma, que posteriormente se confirma mediante biopsia (Linfoma Hodgkin grado IV).

Conclusiones. Los síndromes paraneoplásicos pueden ser manifestación de enfermedades linfoproliferativas. Aunque el SN paraneoplásico es raro, existe, y no podemos olvidarnos de esta etiología ante niños en los que la clínica o evolución del SN no es la esperada. La demora en el correcto diagnóstico de la enfermedad de base puede empeorar notablemente el pronóstico, por ello creemos que este caso clínico es de interés para recordar la posible asociación entre SN nefrótico y linfoma de Hodking.

SÍNDROME DE OPITZ-KAVEGGIA, A PROPÓSITO DE UN CASO. *Iglesias Rodríguez M, López Salas E, Pérez Salas S, Obregón Asenjo M, Zarandona Leguina S, Navarro Abia V, Arteta Sanz E, Conejo Moreno D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Existen diversos cuadros sindrómicos que cursan con agenesia total o parcial del cuerpo caloso junto a dismorfias faciales y discapacidad intelectual. Varios de ellos se relacionan con mutaciones en el gen *MED12*, localizado en el brazo largo del cromosoma X. Presentamos el caso clínico de un paciente con dichas alteraciones diagnosticado de síndrome de Opitz-Kaveggia

Caso clínico. Se trata de un paciente varón de 10 años de edad, sin antecedentes familiares de interés, a quien en las ecografías prenatales se le detecta hidronefrosis bilateral e hidrocefalia, visualizándose con dificultad el cuerpo caloso. Al nacimiento se decide el ingreso en Neonatología para confirmar los hallazgos prenatales, se realiza ecografía abdominal observándose un reflujo vesicoureteral de grado III-IV en riñón derecho, sin alteraciones en el izquierdo. En la resonancia magnética se confirma la ausencia total del cuerpo caloso, además de mostrar dilatación de las astas posteriores de los ventrículos laterales. Tras esto, el paciente es derivado a Neuropediatría. Inicialmente presenta fenotipo peculiar asociado a un retraso global del desarrollo, con mejoría progresiva tras derivación a Atención Temprana. Se amplía el estudio etiológico con cariotipo, CGH-array y deleciones subteloméricas, todo ello normal. A lo largo del segui-

miento el paciente muestra buena evolución, con adecuada psicomotricidad fina y agilidad, aunque presenta tendencia a movimientos repetitivos. Escolarizado en centro ordinario sin adaptación curricular. En 2019 se solicita exoma dirigido que evidencia de la variante NM_005120.3:c6076A>G (p.Met2026Val) en el gen *MED12* (Xq13), relacionada con el síndrome de Opitz-Kaveggia.

Conclusiones. El gen *MED12* juega una importante función a nivel del desarrollo normal del encéfalo, y mutaciones en el mismo conducen a una amplia variedad de síndromes con espectros parcialmente superponibles que cursan con discapacidad intelectual sindrómica y no no sindrómica. Consideramos importante incluir el estudio de este gen en los pacientes con déficit cognitivo con facies peculiar asociada, aún más si el paciente es varón y asocia alteración en el cuerpo caloso. Asimismo, dada su localización cromosómica, es importante el estudio familiar para conocer el potencial riesgo de nuevos descendientes varones con alteraciones a nivel de *MED12*, así realizar consejo genético.

ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO DE CAUSA GINECOLÓGICA. Cancho Soto T¹, Antoñón Rodríguez M¹, Segovia Molina I¹, Pernía Sánchez JV¹, Salamanca Zarzuela B¹, López Rojo M¹, Gómez Beltrán OD², Centeno Malfaz F¹.
¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. El dolor abdominal es una consulta muy frecuente en las urgencias pediátricas, siendo en la mayoría de casos, consecuencia de una patología leve y autolimitada. Una de las causas que hay que descartar en niñas es el origen ginecológico del mismo. A continuación, presentamos tres casos clínicos.

Casos clínicos. Caso 1. Paciente de 13 años con vómitos y abdominalgia de 24 horas de evolución. Presenta TEP alterado por dolor y palidez cutánea con abdomen doloroso a la palpación de hipogastrio y fosa ilíaca derecha. En la ecografía abdominal se visualiza un quiste anexial derecho de 7x4 mm sin componente sólido en su interior. Resto de hallazgos dentro de la normalidad. Precisa ingreso para control del dolor con buena evolución posterior.

Caso 2. Niña de 9 años con dolor en hipogastrio de tres días de evolución y un vómito asociado. En la exploración presenta defensa que mejora con analgesia oral. Posteriormente, se palpa masa redondeada en hipogastrio. En la ecografía abdominal se confirma la presencia de quistes anexiales bilaterales complicados de 7-8 mm probablemen-

te torsionados, especialmente el derecho, que precisa tratamiento quirúrgico.

Caso 3. Niña de 11 años con abdominalgia de cinco días de evolución con vómitos asociados. En la ecografía inicial se visualizan posibles teratomas quísticos bilaterales, ingresando para analgesia y vigilancia. A las 48 horas, se produce un empeoramiento de la abdominalgia asociada a febrícula, visualizándose en la ecografía compromiso del flujo ovárico y duplicado el tamaño de la masa anexial derecha, por lo que ante la sospecha de torsión ovárica, se remite a la paciente al servicio de Cirugía Pediátrica.

Conclusiones. El dolor abdominal es el síntoma más común de presentación de masas ováricas. La mayoría de las masas ováricas en niños y adolescentes son quistes fisiológicos o tumores benignos de ovario, pero pueden suponer una patología grave en caso de complicación. La torsión ovárica se presenta como una aparición aguda de dolor abdominal intermitente asociado con náuseas y vómitos. El principal factor de riesgo para la torsión ovárica es una masa ovárica pero puede ocurrir sin una lesión subyacente, particularmente en la población pediátrica. Esta afección requiere una intervención quirúrgica rápida para prevenir la necrosis y la pérdida del ovario.

TEST DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DEL ESTREPTOCOCO EN EL IMPÉTIGO. López Allúe L, Carranza Ferrer J, Rodríguez del Rosario S, Izquierdo Herrero E, Ortega Vicente E, Nieto Sánchez R. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El impétigo es una enfermedad cutánea superficial infeccioso-contagiosa común en la infancia con una incidencia máxima entre los 2 y 6 años. Su espectro clínico incluye una forma no ampollosa en aquellas situaciones donde se produce una disrupción de la integridad cutánea, y una ampollosa que afecta a la piel intacta de los pliegues cutáneos. El agente etiológico más comúnmente implicado es el *Staphylococcus aureus*, aunque el *Streptococcus pyogenes* puede ser responsable de algunas formas no ampollosas. De diagnóstico fundamentalmente clínico, el cultivo microbiológico de la costra o del líquido de la flictena, se reserva para aquellas formas de evolución tórpida o para determinar sensibilidad a antibióticos.

Caso Clínico. Niña de 3 años que consulta en Urgencias por un cuadro de 3 días de evolución consistente en una lesión cutánea en cara postero-externa del antebrazo de aparición tras una contusión traumática. Asocia fiebre de hasta 38°C de 24 horas de evolución sin otra focalidad aparente. A



Figura 1. A) Antes del tratamiento. B) Después del tratamiento.

la exploración presenta una placa de 3x4 cm con base eritematosa exudativa y elementos vesiculosos intercalados con costras melicéricas. La piel adyacente se encuentra indurada, dolorosa, caliente e hiperémica. Ante la sospecha de impétigo complicado se realiza test de detección rápida del SGB mediante frotis de la lesión con resultado positivo. Se inicia tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico y tópico con ozenoxacino, con desaparición de la fiebre tras la tercera toma y mejoría de la lesión cutánea en una semana (Fig. 1 arriba).

Conclusiones. Si bien, el tratamiento de elección en el impétigo son los antibióticos de uso tópico (mupirocina y el ácido fusídico) pueden aparecer complicaciones en raras situaciones, fundamentalmente celulitis o linfangitis, que requieran un abordaje diferente. En estos casos puede ser de utilidad el uso off label de los test de diagnóstico rápido del SGB. Inicialmente diseñados para detectar la colonización faríngea por *S. pyogenes* en niños con clínica de faringoamigdalitis pultácea, existen publicaciones que han demostrado elevadas tasas de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico etiológico de la dermatitis perianal. Esto nos permite adecuar el tratamiento y acortar la duración del cuadro, evitando complicaciones; cabe destacar que un 5% de las formas por *pyogenes* pueden desarrollar glomerulonefritis postestreptocócica. Además, el empleo de ozenoxacino se presenta como una alternativa eficaz en casos extensos siendo activo frente a *S. aureus* meticilina resistente. Este caso abre las puertas hacia un diagnóstico etiológico precoz de la enfermedad que permita un uso racional de antibióticos y evitar posibles complicaciones.

SENO PREPÚBICO CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Parada Barcia A, Enríquez Zarabozo EM, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido LJ, Calvo Penín C, Gómez Farpon Á, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El seno prepúbico congénito es una anomalía de tracto urinario extremadamente infrecuente. Consiste en un trayecto fistuloso que se inicia en la piel próxima a la sínfisis púbica, pudiendo extenderse hacia la uretra, vejiga o incluso hacia el ombligo. Aunque normalmente es detectada al nacimiento, su tratamiento suele demorarse hasta que aparece clínica.

Caso clínico (Fig. 1 abajo). Paciente de 9 meses remitido para valoración de orificio fistuloso en dorso de pene, próximo a su base, con antecedentes de múltiples episodios de sobreinfección y secreción purulenta, manejados adecuadamente con antibioterapia tópica. Los padres nunca han observado salida de orina a través del mismo. La exploración genitourinaria es anodina. Se lleva a cabo cistouretrografía miccional seriada, que descarta conexión con tracto urinario, y fistulografía, sin lograr identificar paso de contraste hacia estructuras profundas. Se decide realizar intervención quirúrgica de forma programada, en la que se reseca el trayecto fistuloso, el cual termina de forma ciega en tejido celular subcutáneo. Durante el seguimiento el paciente no ha vuelto a presentar episodios de sobreinfección.

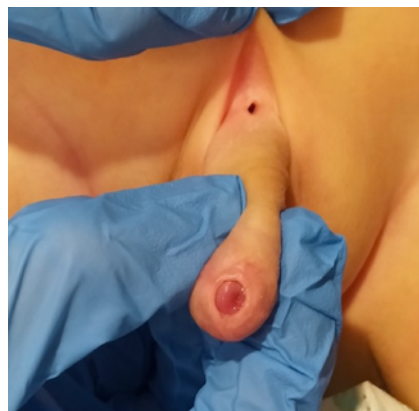


Figura 1. Seno prepúbico congénito.

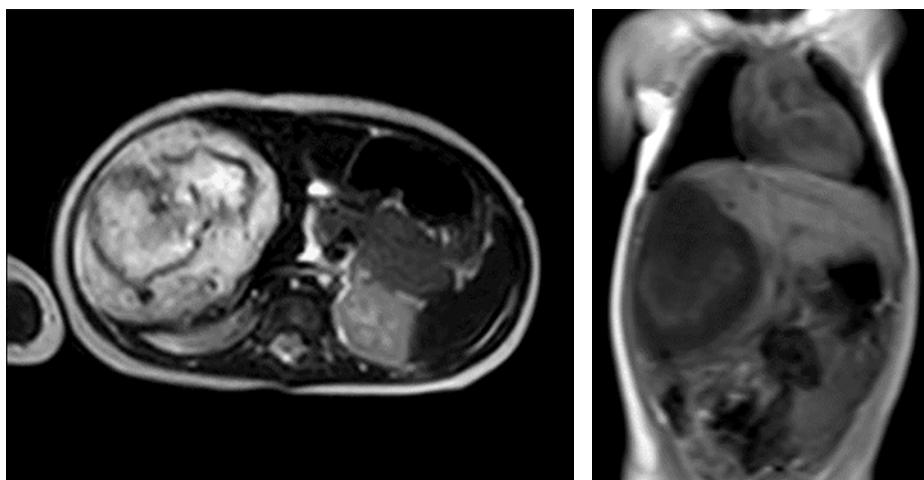


Figura 1. Lesión hepática.

Conclusiones. El caso presentado busca orientar a peditras y a cirujanos pediátricos sobre una anomalía que, a pesar de su baja frecuencia, es fácil de reconocer ya que todos los pacientes suelen presentar un cuadro clínico similar. La resección quirúrgica precoz, además de ser un tratamiento definitivo, evita su cronificación en el tiempo.

LESIÓN HEPÁTICA COMO HALLAZGO CASUAL. *Díaz Fernández P, Pastor Tudela AI, Leonardo Cabello MT, Tardáguila Calvo AR, Fernández Marqués M, Reyes Sancho S, Méndez Sierra A, Giordano Urretabizkaya MN. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Los hemangiomas son los tumores hepáticos benignos más frecuentes en la infancia. En la mayoría de los casos se trata de un hallazgo casual ante la consulta de otra patología. Un porcentaje elevado de pacientes se encuentran asintomáticos, siendo la hepatomegalia la forma de presentación más frecuente. Es fundamental el diagnóstico diferencial con el hepatoblastoma, por el diferente pronóstico que presentan.

Caso clínico. Lactante mujer de 2 meses que acude a urgencias por pico febril de 38,9°C acompañado de irritabilidad de 3 días de evolución. Ante los hallazgos analíticos (anemia, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda), se decide ingreso para completar estudio. A la exploración física se constata hepatomegalia, por lo que se realiza ecografía abdominal con hallazgo de una masa hepática. Se amplía estudio analítico con marcadores tumorales. Ante los hallazgos ecográficos y analíticos, se plantea diagnóstico diferencial entre hemangioma hepático y hepatoblastoma.

Se realiza RMN y ecografía con contraste, determinándose finalmente el hallazgo de una lesión hepática compatible con hemangioma (*Fig. 1*). Ante estabilidad hemodinámica, mejoría de reactantes de fase aguda y resolución de la clínica nuestra paciente es dada de alta con seguimiento en consultas de oncología y cirugía pediátrica.

Conclusión. Ante el hallazgo de una lesión hepática es importante tener en cuenta el amplio diagnóstico diferencial que se nos presenta y qué estudios complementarios debemos solicitar para llegar a un diagnóstico certero, ya que tanto el tratamiento como el pronóstico variarán en gran medida.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: CASO CLÍNICO. *Díaz Fernández P, Gómez Arce A, Leonardo Cabello MT, Caldeiro Díaz MJ, Jiménez Montero B, Fernández Marqués M, Reyes Sancho S, Méndez Sierra A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis más frecuente en la infancia. Se trata de una vasculitis Ig A mediada de pequeños vasos, que se caracteriza por una púrpura palpable, artralgias, dolor abdominal y/o afectación renal. Se trata de una enfermedad que cursa en brotes y cuyo pronóstico final está determinado por la afectación renal.

Caso clínico. Paciente mujer de 9 años con exantema maculo-petequial en extremidades inferiores de un mes de evolución acompañado de dolor abdominal en las últimas 48 horas (*Fig. 1*). Acude en dos ocasiones a Urgencias donde se realiza estudio analítico con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones, salvo elevación de dímero-D y fibrinógeno, se extraen serologías y se realiza ecografía



Figura 1. Exantema maculo-petequial en extremidades inferiores.

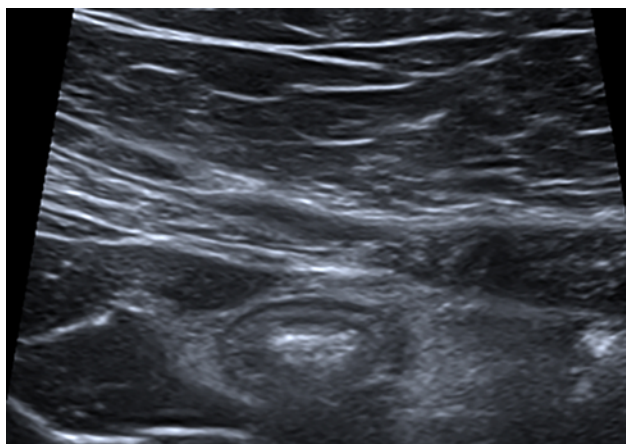


Figura 2. Ecografía de hematoma intramural.

abdominal con hallazgo de hematoma intramural ileal (Fig. 2). Posteriormente, reacude por empeoramiento clínico, por lo que se decide ingreso para control y estudio ampliado. Ante la clínica y la larga evolución se decide inicio de tratamiento corticoideo. La paciente permanece ingresada durante 8 días, pudiendo completarse todos los estudios complementarios, que resultan negativos, y presentado una mejoría progresiva con resolución total del dolor abdominal y con leves molestias a nivel articular. En todo momento presentó una tensión arterial dentro de los parámetros normales y un elemental de orina sin alteraciones significativas, por tanto, en principio nos encontraríamos ante un caso con pronóstico favorable. Fue dada de alta con control posterior en reumatología y por su pediatra de atención primaria.

Conclusión. La púrpura de Schölein-Henoch es una patología relativamente frecuente en pediatría que es importante tener en cuenta a la hora de realizar los diagnósticos diferenciales. Si bien tiene una buena evolución en la mayoría de los casos, en aquellos con evolución tórpida que no reciban tratamiento, las consecuencias pueden ser fatales.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI CON ANEURISMAS GIGANTES. Santos Lorente C, Fernández Suarez N, Viadero Ubierna MT, Garde Basas J, Castañares Saiz M, Fernández Cabo V, Caldeiro Díaz MJ, Álvarez Álvarez C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Los aneurismas coronarios gigantes (Z-score >10 DE) son una complicación inhabitual de la Enfermedad de Kawasaki que debemos conocer dado su potencial riesgo de obstrucción con posibilidad de IAM, arritmias e incluso muerte.

Caso clínico. Niño de 2 años que ingresa por sospecha de Enfermedad de Kawasaki incompleta, presentando fiebre de 8 días, 3 criterios clínicos (exantema, conjuntivitis, lengua aframbuesada) y 2 analíticos (leucocitosis >15.000 / μ L, trombocitosis >45.000 / μ L). Destaca NT-proBNP elevado con electrocardiograma y ecocardiograma normales. Hemodinámicamente estable en todo momento. Tratamiento inicial con AAS a dosis antiagregantes. Progresión de la enfermedad con fiebre, aumento de RFA y afectación coronaria bilateral a pesar de tratamiento con inmunoglobulinas y AAS a dosis antiinflamatorias, por lo que se administran megabolos de corticoide con buena respuesta. Se inicia doble antiagregación y se traslada a otro centro para completar estudio con angioTAC en el que se confirma aneurisma de 60mmx6mm en ACD con aspecto arrosariado en porciones más distales, así como dilataciones aneurismáticas en arteria descendente anterior (25 mm x 4,6 mm) y arteria circunfleja (40 mm x 3,7 mm), iniciándose posteriormente tratamiento anticoagulante. Tras 10 meses del evento inicial, seguimiento ambulatorio en consultas de Cardiología Infantil. Tratamiento con captopril con buen control de tensiones, AAS a dosis antiagregante y acenocumarol. Buena evolución de afectación coronaria izquierda, con persistencia de aneurisma gigante en arteria coronaria derecha, sin complicaciones trombóticas ni arritmias hasta el momento.

Conclusiones. 1) La evolución natural de los aneurismas coronarios en la EK es la progresión en las 2-6 primeras semanas de la enfermedad. 2) El riesgo de IAM en niños con antecedentes de EK se limita prácticamente a casos de

importante afectación coronaria, por lo que es importante el tratamiento precoz de la enfermedad así como el reconocimiento temprano de un síndrome coronario agudo para iniciar el manejo lo antes posible.

FIEBRE TIFOIDEA, LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA.

Fernández Marqués M, Álvarez Álvarez C, Díaz Fernández P, Caldeiro Díaz MJ, Castañares Saiz M, Jimenez Montero B, González Martínez C, Reyes Sancho S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La fiebre tifoidea es una enfermedad infectocontagiosa provocada por *S. typhi*. Su transmisión es fecal-oral y genera un cuadro de fiebre y diarrea debido a una bacteriemia que se desarrolla tras su ingesta. Debe sospecharse siempre ante pacientes con fiebre que han realizado un viaje a zonas endémicas, sin olvidar tampoco otras causas de fiebre en pacientes viajeros.

Caso clínico. Niña de 5 años que acude a urgencias por fiebre de máximo 38°C de 12 días de evolución, asociando alguna deposición diarreica aislada. Como antecedente de interés, había estado los últimos 6 meses en la India, su país de origen. Niegan contacto con animales o picaduras de insecto. A la exploración física presenta un TEP estable y como única alteración presentaba leve palidez cutánea. Se decide ingreso para completar estudio. Como pruebas complementarias se extrae una bioquímica donde presenta leve aumento de enzimas hepáticas y una PCR 3,8 mg/dl. En el hemograma se objetiva anemia ferropénica y trombocitosis. Se extrae hemocultivo con crecimiento a las 24 h de bacilos gran negativos por lo que, dado el antecedente del viaje a la India se sospecha fiebre tifoidea y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona IV; más tarde se confirma con identificación de *S. typhi* en hemocultivo. Así mismo, en coprocultivo realizado se aísla *S. enterica*. En el resto de pruebas realizadas no se objetivan alteraciones significativas. La niña completó 12 días de antibioterapia IV con ceftriaxona, con último hemocultivo negativo, por lo que fue dada de alta a domicilio con cefixima oral durante 2 días más.

Conclusión. La fiebre tifoidea es una patología potencialmente mortal cuyo diagnóstico de sospecha se basa fundamentalmente en la hª clínica, lo cual nos permite iniciar de forma temprana un tratamiento precoz para evitar la morbimortalidad asociada. Así mismo, recordar que en España es una EDO y el estado de portador crónico es un problema de salud pública.

DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO DE IMPLANTACIÓN SUBCUTÁNEA: UNA OPCIÓN FIABLE PARA LA PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA. Santos Lorente C, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT, Garde Basas J, Gómez Arce A, De Lamo González E, Portal Buenaga M, Pérez González D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo capaz de detectar el estímulo propio del corazón, de estimularlo y, a diferencia del marcapasos, de tratar distintos tipos de taquicardias, disminuyendo el riesgo de muerte súbita en pacientes de alto riesgo.

Casos clínicos. Caso 1. Varón de 8 años remitido para valoración por diagnóstico reciente de padre con MCH. Deportista federado, asintomático CV. ECG con aumento de voltajes en derivaciones precordiales y ondas Q marcadas en DII, V5-V6. Hipertrofia de SIV (18 mm) en ecocardiograma. Holter y ergometría normales. Se inicia tratamiento con atenolol. Genética positiva para la mutación familiar (TNNI3). Dos años después RM con MCH septal severa (26 mm: +15 DE), fibrosis focal, obstrucción dinámica en TSVI y función conservada. A los 12 años se implanta DAI subcutáneo en prevención primaria. Progresión de la hipertrofia septal hasta 32 mm (+22 DE), sin eventos arrítmicos hasta el momento.

Caso 2. Varón de 14 años deportista con dolor torácico opresivo con ejercicio en los últimos 4 meses. En ECG ondas T negativas en V1-V5 y en ecocardiograma hipertrofia septal leve (16 mm) sin obstrucción de TSVI. Holter y ergometría normales. RM cardiaca compatible con MCH, sin fibrosis. Genética positiva para MYBPC3. Se inicia tratamiento con atenolol. Progresión de la enfermedad, presentando en Holter EV aisladas sin formas complejas y en RM aumento del grosor septal hasta 22 mm, áreas de fibrosis y disfunción sistólica VI moderada (FEVI 39%). Se inicia tratamiento con enalapril y carvedilol y se implanta DAI subcutáneo en prevención primaria.

Conclusiones. 1) El DAI subcutáneo, relativamente novedoso, es una buena opción para pacientes con accesos vasculares difíciles que no precisen la función antibradicardia del marcapasos. 2) La MCH es una de las indicaciones más frecuentes de implantación de DAI en la edad pediátrica, dado el elevado riesgo de arritmias y muerte súbita que supone esta cardiopatía.

AMPUTACIÓN TESTICULAR TRAUMÁTICA. Morales Albertos L, Carranza Ferrer J, Molina Vázquez M E, Pérez Aguin A, Izquierdo Herrero E, Ortega Vicente E, Temprano Marcos M, Nieto Sánchez R. Servicio de Cirugía Pediátrica;

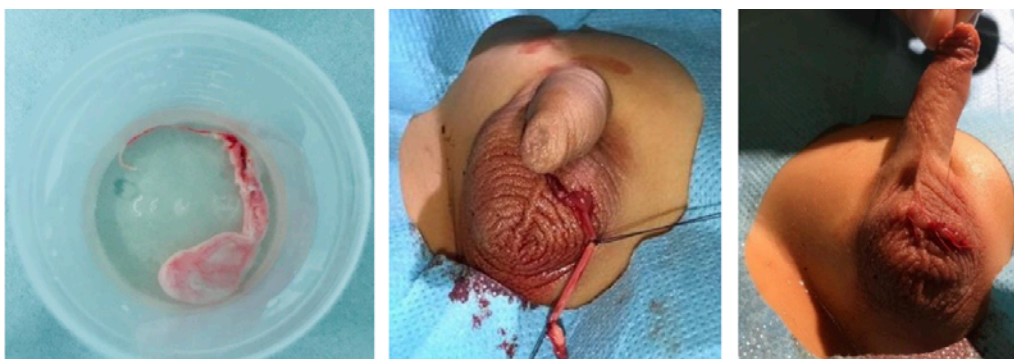


Figura 1.

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los traumatismos abiertos de los genitales externos son extremadamente infrecuentes en la edad pediátrica, aunque representan por sí mismos la mitad de las lesiones genitourinarias penetrantes. Es importante recabar información sobre la fuente traumática, trayectoria e intensidad de las fuerzas que permitan sospechar lesiones de otros órganos y la exploración minuciosa de las gónadas a fin de preservar la integridad testicular.

Caso clínico. Paciente varón de 3 años de edad, etnia gitana, que acude tras accidente doméstico en el que cae sobre un radiador. Refiere que al caer a horcajadas sobre uno de los módulos del radiador, el mismo penetró a través del escroto, resultando la amputación del testículo izquierdo que sale al exterior a través de una pequeña sección escrotal. Niño y testículo son traídos al hospital inmediatamente tras el suceso. El teste viene en un vaso de cristal con hielo con el epidídimo intacto presentando la sección del cordón espermático a unos 2 cm del mismo. No presenta dolor y niega sangrado a través de la uretra u otros niveles. En la exploración física se aprecia una mínima herida incisa limpia que atraviesa el escroto izquierdo en sentido oblicuo de izquierda a derecha y de anterior a posterior sin atravesar el rafe medio. Se objetiva una eventración de una pequeña porción proximal del cordón espermático, hallazgos correspondientes a un grado 5 de la AAST (*American Association for the Surgery of Trauma*). Se palparon testículo y escroto derecho de tamaño y consistencia normales con reflejo cremastérico presente. Después de descartar otras lesiones asociadas al trauma se realizó ligadura del cordón espermático y sutura por planos de la herida en el Servicio de Urgencias y el paciente fue dado de alta. Evolucionó satisfactoriamente de la herida y actualmente se encuentra a la espera de alcanzar la madurez para implantación de prótesis. (Fig. 1)

Discusión. En el grupo de edad comprendido entre 1 y 5 años, las caídas a horcajadas sobre objetos afilados son la primera causa de lesiones penetrantes. Hasta el 70% de los casos asocian lesiones complejas con grave afectación de otras estructuras a nivel de la pelvis y abdomen. Lo singular del caso es que aunque el paciente presenta una única y mínima herida incisa y a pesar de que la gran movilidad del teste le confiere un buen grado de protección frente a los agentes traumáticos el resultado fue la avulsión completa del testículo. Lesiones aisladas como la que presentamos son per se muy infrecuentes y no representan una amenaza para la vida. Sin embargo, pueden conferir al paciente importantes secuelas emocionales, funcionales y físicas que afecten a su desarrollo cognitivo o social y en grupos étnicos como al que pertenece nuestro paciente, posibles implicaciones para la familia y su comunidad. El tratamiento de la sección traumática del cordón espermático es la reimplantación microquirúrgica en aquellos centros donde se disponga de Unidad de Microcirugía.

DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN NIÑO PREVIAMENTE SANO. Luis Barrera C, García Miralles L, Iglesias Rodríguez M, Barbadillo Mariscal B, Gonzalo San Esteban A, Urquiza Físico JL, San José Calleja MN, Domínguez Sánchez P. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La infección por *Clostridium difficile* (CD) se asocia clásicamente a toma de antibióticos o estancia hospitalaria prolongada. En los últimos años ha habido un aumento de la transmisión comunitaria, especialmente en población pediátrica. Otros factores de riesgo son contacto con lactantes, ingesta de inhibidor de bomba de protones, enfermedad intestinal crónica o inmunodeficiencia. Debido a la elevada tasa de portadores asintomáticos (en España, 14%

en menores de 1 año) no es necesaria la erradicación de CD sin clínica asociada. La cepa liberadora de toxina binaria se asocia mayor gravedad de las infecciones y peor respuesta a la antibioterapia.

Caso clínico. Niño de 7 años sin antecedentes de interés ni toma de antibioterapia previa. Refiere 4-5 deposiciones diarias líquidas con moco en los últimos cinco días, febrícula, dolor abdominal y perianal. Presenta buen estado de hidratación, eritema perianal leve, resto normal. En las heces (cultivo, antígenos virales y CD por aspecto de las heces) se detecta toxina B de CD, resto negativo. Inicial actitud expectante con mejoría espontánea del paciente. Ante reagudización posterior de la clínica se administra tratamiento antibiótico. El paciente recibe un primer ciclo con metronidazol oral 10 días, quedando asintomático, pero reaparece la clínica tras el fin del tratamiento, persistiendo CD en el estudio de heces posterior (toxinas B y binaria). Tras consultar con Gastroenterología Pediátrica, recibe segundo ciclo de antibiótico con vancomicina oral 10 días, con idéntica respuesta (inicial resolución del cuadro con reaparición de síntomas tras el fin del tratamiento), y persistiendo toxina B en heces. Actualmente ha iniciado vancomicina oral en pauta prolongada descendente, pendiente de valorar respuesta.

Conclusiones:

- Ante diarrea con productos patológicos en población pediátrica, debemos sospechar infección por *Clostridium difficile*, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos.
- En pediatría, no es necesario realizar tratamiento en caso de portadores asintomáticos.
- Se solicitará coprocultivo de control solo en caso de persistencia de clínica.
- Ante la presencia de cepa hipervirulenta de *Clostridium difficile* (presencia de toxina binaria), pueden ser necesarios varios ciclos de antibioterapia para su erradicación.

LINFADENITIS POR BARTONELLA HENSELAE. Jiménez Hernández EM, Macías Panedas A, Soltero Carracedo JF, González García C, Echeverría Carrillo JA, Puente Montes S, Villagómez Hidalgo JF, Bartolomé Porro JM. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Introducción. La enfermedad por arañazo de gato está producida típicamente por *Bartonella henselae*. Se caracteriza por la aparición de adenopatías regionales dolorosas que pueden persistir hasta meses después de haber tenido contacto con un gato. De manera menos frecuente puede presentarse también como afectación neurológica, ocular o hepatoesplénica. El diagnóstico se realiza mediante sero-

logía, reacción en cadena de polimerasa o biopsia. El tratamiento con antibioterapia es controvertido debido a su carácter autolimitado y benigno.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 6 años que consulta a su Pediatra de Atención Primaria por fiebre y adenopatía en región proximal anterior de miembro inferior derecho de 3x2 cm de tamaño junto con adenopatías inguinales subcentimétricas ipsilaterales. No refiere contacto reciente con animales. Se realiza ecografía objetivando adenopatías reactivas con cambios inflamatorios inespecíficos. Se pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico de forma domiciliaria. Durante el tratamiento oral y ante el aumento de tamaño de la adenopatía, se procede a ingreso para estudio etiológico y tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima. Al tercer día de ingreso y ante la escasa mejoría, se realiza nueva ecografía presentando abscesificación con rotura cortical de la adenopatía principal y absceso extranodal. Ante dichos hallazgos se contacta con el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de referencia, donde se realiza resección de la tumoración abscesificada y posterior seguimiento por su parte. A la llegada del resultado de la serología para *Bartonella henselae* (IgM suero =1:800) se instaura tratamiento con Azitromicina vía oral durante 5 días.

Conclusiones. La enfermedad por arañazo de gato debe considerarse como causa de linfadenitis regional y fiebre de origen desconocido. Es necesario realizar una buena anamnesis y exploración física para orientar el diagnóstico y realizar las pruebas complementarias de mayor rentabilidad diagnóstica, serología o PCR, puesto que, aunque el cultivo es patrón de oro presenta muy baja sensibilidad. El tratamiento antibiótico es controvertido, aunque habitualmente se recomienda tanto en formas autolimitadas como en generalizadas para prevenir complicaciones sistémicas y acortar la duración de los síntomas.

MANEJO DE LA LESIÓN DE DIEULAFOY A PROPÓSITO DE UN CASO RELACIONADO CON LAS INGESTAS. Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V, Vega Mata N, Amat Valero S, Sánchez Pulido LJ, Parada Barcia A, Calvo Penín C, Gómez Farpón A. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular infrecuente en la infancia que se caracteriza por la presencia de una arteria en la submucosa del tubo digestivo aumentada de tamaño, pudiendo producir hemorragias en caso de rotura. Su localización más frecuente es en el estómago, inferior a la unión gastro-esofágica. Clínicamente puede

manifestarse como hematemesis, melenas, hematoquecia o rectorragia. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia, aunque puede pasar desapercibida hasta en el 30% de los casos. El tratamiento puede ser mediante métodos térmicos, de inyección (adrenalina) o mecánicos (bandas, clips).

Caso clínico. Varón de 12 años que acude a Urgencias tras realizar dos episodios eméticos en posos de café y varias deposiciones melénicas. Sin antecedentes de interés. A la exploración física presenta palidez cutánea, sin signos de deshidratación, y una leve molestia a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente hemoglobina de 8,2 g/dl, sin alteraciones en la coagulación. Tras una gastroscopia urgente, ecografía y angioTC abdominales, y una gammagrafía con Tc99, no se hallan causas de sangrado. Ante la persistencia de anemia progresiva en las analíticas, se decide realizar una colonoscopia y laparoscopia exploradoras, ambas sin hallazgos patológicos. Tras la reintroducción de las ingestas se lleva a cabo una nueva endoscopia digestiva alta, observándose en ese momento una sutil lesión vascular gástrica sugestiva de lesión de Dieulafoy, sobre la que se colocan varios clips. Posteriormente el paciente permanece asintomático, sin nuevos episodios de anemia tras 6 meses de seguimiento.

Conclusiones. La lesión de Dieulafoy es rara en el paciente pediátrico sano, pero debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del sangrado digestivo, especialmente en aquellos casos en los que las pruebas complementarias excluyen otras posibles causas. La endoscopia es diagnóstica y terapéutica, aunque la lesión puede pasar desapercibida si no se realiza en el momento de sangrado agudo. En este caso la lesión se manifestó únicamente en relación con las ingestas orales.

¿QUÉ ES EL QUISTE DE NUCK Y CÓMO DEBO MANEJARLO? *Penín C, Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V, Amat Valero S, Granell Suárez C, Sánchez Pulido L, Parada Barcia A, Gómez Farpón A. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El quiste de Nuck es una entidad infrecuente que surge de la incompleta obliteración del canal de Nuck, análogo femenino del conducto peritoneovaginal (CPV) del varón. Clínicamente se manifiesta como una tumoración inguinal irreductible, que puede ser o no dolorosa. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la hernia inguinal/femoral y tumores de tejidos blandos. El diagnóstico es ecográfico y su tratamiento radica en la escisión del quiste y ligadura alta del CPV.

Caso clínico. Niña de 6 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor y aparición brusca de una tumoración inguinal derecha de consistencia gomosa, sin clínica digestiva acompañante. A la exploración física se observa dicha tumoración, de unos 4 cm, dura, sin eritema ni flogosis cutánea, y no reductible manualmente. Ante la dificultad para reducir la tumoración, se opta por realiza una ecografía urgente. En esta se identifica una imagen quística de 27x13 mm en el canal inguinal derecho, compatible con un quiste de Nuck no complicado, sin herniación de asas intestinales con las maniobras de Valsalva. Ante estos hallazgos se desestima la necesidad de intervención urgente, realizándose la excisión del quiste y ligadura del CPV de forma programada.

Conclusiones. El quiste de Nuck debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de las tumoraciones inguinales en niñas. Establecer el diagnóstico únicamente con la clínica es complicado, por lo que en los casos compatibles debe realizarse una ecografía. Un correcto diagnóstico es fundamental para un manejo adecuado, ya que la hernia incarcerada supone la necesidad de cirugía urgente, mientras que el quiste de Nuck puede corregirse de forma diferida.

CÓMO ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO CON CUERPO EXTRAÑO DE RIESGO. *Penín C, Vega Mata N, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Parada Barcia A, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La ingesta de cuerpos extraños (CE) en niños es un accidente frecuente, sobretodo en menores de 5 años. El manejo varía según la naturaleza del objeto y la localización del mismo. Consideramos objetos de riesgo aquellos punzantes, alargados, pilas de botón o dos o más CE magnéticos. La clínica más frecuentemente asociada es disfagia, sialorrea, tos, odinofagia y vómitos. La radiografía es la prueba complementaria más útil en estos cuadros.

Caso clínico. Lactante varón de 12 meses que acude por sospecha de atragantamiento no presenciado. Episodio de tos y enrojecimiento facial, sin cianosis ni dificultad respiratoria. Posterior ingesta de alimento, sin incidencias. No presenta sialorrea, disfagia ni disfonía. A su alcance había juguetes, cartones y trozos de cuchilla de cúter. Presenta buen estado general, afebril, sin signos de dificultad respiratoria. Entrada bilateral de aire, sin ruidos sobreañadidos. En la radiografía de tórax se aprecia cuerpo extraño radioopaco, compatible con cuchilla de cúter, probablemente a nivel eso-

fágico. Se realiza nasofibrolaringoscopia, sin objetivar cuerpo extraño en vía aérea superior. Se realiza esofagoscopia de urgencia donde se identifica cuerpo extraño en tercio superior del esófago, que se exterioriza con pinza con dientes de ratón. Se explora de nuevo endoscópicamente, sin objetivar hallazgos patológicos.

Conclusiones. En la valoración inicial es esencial una detallada anamnesis del episodio para determinar la gravedad del caso y la necesidad de manejo quirúrgico urgente. Este último estaría indicado en casos de impactación en el tercio superior del esófago y en cavidad gástrica cuando asocian clínica o se trata de objetos de riesgo, como el del caso expuesto.

EL PENE PALMEADO, ALGO MÁS QUE UNA FIMOSIS. *Sanchez Pulido LJ, Granell Suárez C, Perez Costoya C, Parada Barcia A, Calvo Penin C, Alvarez Muñoz V, Gómez Farpón A. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La fimosis representa uno de los principales motivos de consulta en Cirugía Pediátrica. Es importante valorar en conjunto la anatomía del pene y región escrotal para descartar otras anomalías. El principal diagnóstico diferencial se debe hacer con el pene enterrado (oculto en la grasa prepúbica por ausencia de fijación, siendo el pene normal), pene palmeado (inserción anómala de la piel escrotal en la cara ventral del pene) y megaprepucio (mucosa prepucial redundante, con piel escasa y engrosada).

Caso clínico. Paciente de 8 años derivado para valoración por sospecha de fimosis tras haber recibido una tanda de tratamiento con corticoide tópico, sin mejoría. Durante la exploración física se observa una leve estenosis prepucial y la inserción anómala de la piel escrotal en la cara ventral del pene, compatible con pene palmeado. Ante estos hallazgos se realiza de forma programada una plastia peneal para corrección del pene palmeado y plastia de Duhamel para la estenosis prepucial. El paciente presenta buena evolución postoperatoria.

Conclusiones. La fimosis representa una de las consultas más frecuentes en Cirugía Pediátrica. Sin embargo, no siempre la ausencia de retracción prepucial es la única causa de una incorrecta exposición del glande. Es importante diferenciar la fimosis del pene palmeado, pene enterrado y megaprepucio, ya que el abordaje de cada una de estas patologías es totalmente diferente y se ha de individualizar en cada paciente para programar la intervención correcta y evitar defectos irreparables.

ESTRIDOR PERSISTENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN HEMANGIOMA SUBGLÓTICO.

Giordano Urretabizkaya M, López de Viñaspre M, Portal Buenaga M, Fernández Cabo V, López Fernández C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El estridor es un motivo de consulta frecuente en Pediatría y puede estar causado por una gran variedad de patologías, congénitas o adquiridas. Las características del estridor pueden ayudarnos a orientar el diagnóstico etiológico e indicarnos el nivel de la obstrucción. Los hemangiomas subglóticos son tumores vasculares proliferativos congénitos que cursan con síntomas de obstrucción de la vía aérea de inicio en los dos primeros meses de vida. El estridor es bifásico, siendo más importante en la inspiración. Se diagnostican por observación directa de la lesión mediante fibrolaringoscopia directa y el tratamiento de primera línea es la terapia sistémica con propranolol.

Caso clínico. Se presenta el caso de una lactante de 1 mes y medio que consulta por dificultad respiratoria aguda. En la exploración destaca estridor inspiratorio y trabajo a todos los niveles. Inicialmente se etiqueta el cuadro de laringitis grave, precisando ingreso hospitalario. Recibe tratamiento con adrenalina nebulizada y corticoides orales, presentando mejoría parcial de la clínica, sin llegar a desaparecer el estridor. Tras 4 días de ingreso es dada de alta y 48 horas después consulta de nuevo por empeoramiento clínico. Ante persistencia del estridor, se sospecha una malformación de vía aérea superior y se solicitan pruebas de imagen y valoración por Otorrinolaringología. Se llevan a cabo Rx cervical, ecografía cervical, TC cervical con contraste y fibrolaringoscopia directa, con hallazgos sugestivos en todos los estudios de lesión a nivel subglótico compatible con hemangioma. Se inicia tratamiento con propranolol oral, con excelente respuesta y resolución completa de la sintomatología. Evolutivamente la paciente continúa con tratamiento con propranolol, permanece asintomática y en estudios de control realizados (ecografía cervical y fibrolaringoscopia) se constata disminución del tamaño de la lesión.

Conclusiones. El hemangioma subglótico es una patología poco frecuente pero que puede ser potencialmente mortal, por lo que es importante sospecharlo de forma precoz. En el diagnóstico diferencial del estridor, debemos tener en cuenta las malformaciones congénitas de la vía aérea superior, especialmente en neonatos o lactantes con estridor persistente o recurrente.

SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: CASO CLÍNICO. *Reyes Sancho S, Vilanova Fernández S, Gutiérrez Pascual D, Díaz Fernández P, Méndez Sierra A, Fernández Marqués M, Giordano Urretabizkaya MN, González Martínez C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El síndrome de Klippel-Feil es una enfermedad rara, congénita, que consiste en la fusión de dos o más vértebras cervicales, definida por la tríada característica de implantación baja del cabello, cuello corto y limitación de la movilidad cervical. Se desconoce la etiología, pero se han asociado tanto factores ambientales como genéticos, que provocan un defecto en el desarrollo embrionario que ocasiona la falta de segmentación de las metámeras. Asocia además con frecuencia alteraciones sistémicas y esqueléticas.

Caso clínico. Recién nacida a término (38 + 4 semanas) con madre ingresada en UCI (COVID + con preeclampsia grave y sospecha de síndrome HELLP). Como antecedentes, había sido un embarazo controlado, con ecografías prenatales normales, FIVTE con criopreservación de óvulos por antecedente materno de Linfoma de Hodgkin. Nacimiento por cesárea, presentó un APGAR 9/10 sin precisar reanimación. Al nacimiento se realiza exploración completa, en la que se objetiva un resalte óseo a nivel de la escápula izquierda con mínimo defecto dérmico a dicho nivel. Impresionaba de dificultad a la movilidad activa de las EESS, persistiendo también para la movilidad pasiva. Tras realización de estudio completo, que incluyó ecografía, radiografía y TC/RMN, se diagnosticó de síndrome de Klippel Feil en el que además de la anomalía de la segmentación vertebral, presentaba anomalías costales, en las cinturas escapulares, y agenesia del oído interno izquierdo entre otras. El estudio genético ha mostrado una variante en el gen FLNB de significado incierto, por lo que se va a comenzar el estudio en ambos progenitores para confirmar dicha variante y poder filiar con certeza el síndrome que presenta la paciente.

Conclusión. Si bien es cierto que esta es una patología con muy baja incidencia y poco conocida, resulta fundamental el saber realizar una buena exploración física del recién nacido, para apreciar malformaciones que no siempre son tan evidentes, y que nos pueden poner en la pista de síndromes polimalformativos que requieren un manejo complejo.

¿SON SEGUROS LOS SOLVENTES DE COSMÉTICOS? COMA TRAS INGESTA DE LUBRICANTE SEXUAL. *Obregón Asenjo M¹, Soltero Carracedo JF², Santamaría Sanz PI¹, Menéndez Bango C¹, Palacio Tomás L¹, Cuervas-Mons Tejedor M¹, Maldonado Toral MJ¹, Gómez Sáez F¹. ¹Servicio*

de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Servicio de Pediatría. Hospital General Río Carrión. Burgos

Introducción. Presentamos un caso de intoxicación por propilenglicol. Se trata de una intoxicación poco frecuente pero potencialmente grave, al causar acidosis láctica y depresión del sistema nervioso central.

Caso clínico. Paciente varón de 2 años, encontrado en estado de coma (Glasgow de 6). Ha consumido de forma accidental unos 60 ml de un lubricante sexual que contiene propilenglicol. Es intubado y sedado por los Servicios de Emergencia, y trasladado en helicóptero a nuestra unidad. A su llegada a la UCI Pediátrica, se realizan pruebas complementarias en las que se evidencia acidosis láctica (pH 7,24, bicarbonato 16,3, láctico 6,8). Se observa un aumento del Gap Aniónico (16,8) y del Gap Osmolar (52 mOsm/kg). Análítica sanguínea con hipoglucemia (50 mg/dl), elevación de creatinina (0,64 mg/dl) y elevación de transaminasas. Como tratamiento, se administra una expansión de suero salino fisiológico y posterior sueroterapia. La intubación y sedación se mantuvieron durante las 6 primeras horas, pudiéndose retirar tras conseguir la normalización metabólica.

Conclusiones. El propilenglicol es una sustancia incolora y viscosa que se utiliza como solvente en alimentos, medicamentos y diversos procesos del hogar, sobre todo cosméticos. Presenta un metabolismo hepático y una vida media de 1,5-3,3 horas. Tras una administración excesiva, puede provocar intoxicación, consistente en acidosis láctica, ya que el láctico es el compuesto final de su metabolismo. Puede provocar depresión del sistema nervioso central, arritmias cardíacas y fallo renal con diuresis osmótica. En los controles analíticos, podría existir una acidosis metabólica con aumento del Gap aniónico y del Gap osmolar. La base del tratamiento será la hidratación, además del tratamiento de soporte (ABCD) y monitorización hemodinámica estrecha. En casos graves valoraremos la administración de bicarbonato y la utilización de diálisis. En la teoría, también se podrían utilizar fomepizol o etanol, como en otras intoxicaciones por hidrocarburos, con escasa bibliografía al respecto. Es importante la prevención en el hogar y pensar en el propilenglicol ante una intoxicación con acidosis metabólica con aumento del Gap Osmolar.

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO PRECOZ PARA DESCARTAR SIM-PEDS DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2. *Delgado Nicolás S¹, Martín Pino S¹, Rubio Granda A¹, Fernández J², Llana Fernández ME², Vivanco Allende A¹, Fernández*

TABLA I.

Paciente	1	2	3	4
Clínica	Fiebre (72 h), dolor abdominal, vómitos, diarrea	Fiebre (18 h), dolor abdominal y vómitos	Fiebre (96 h), dolor abdominal, vómitos y diarrea	Fiebre (72 h), dolor abdominal, vómitos y diarrea
FC (lpm)	146	137	121	127
Leucocitos	11,37 x 10 ³	3640 x 10 ³	10,78 x 10 ³	6,86 x 10 ³
Linfocitos	930	1070	950	2260
PCR (mg/dl)/PCT (ng/ml)	2,9/0,3	6,7/0,77	3,2/0,42	
IgG COVID	Negativo	No realizado	Negativa	Positiva
PCR COVID	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa

Miaja M¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La fiebre y los cuadros gastrointestinales son los síntomas más comunes del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS) pero están presentes también en etiologías víricas y bacterianas. Este cuadro es potencialmente fatal por lo que la instauración precoz del tratamiento es de vital importancia. Las pruebas de diagnóstico microbiológico rápido son una gran ayuda para el diagnóstico.

Caso. Presentamos 4 pacientes entre 4 y 8 años, que consultaron por fiebre y clínica gastrointestinal en un hospital de tercer nivel durante la pandemia por COVID 19 (Tabla I). Todos los pacientes presentaban fiebre, afectación de 2 órganos (gastrointestinal y sospecha de hemodinámico), datos de laboratorio de inflamación y en 2 casos evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 (el resto antecedente de contacto). Se planteó inicialmente diagnóstico diferencial con SIM-Peds pero a las 2 horas se detectó *Campylobacter jejuni* mediante FilmArray Gastrointestinal Panel (BioFire Diagnostics) en todos los casos.

Comentarios. Las técnicas microbiológicas rápidas ayudan en el diagnóstico diferencial de diversas entidades, siendo fundamentales en aquellas de instauración y evolución rápida y potencialmente graves.

NEUMONÍA BILATERAL ¿SIEMPRE ES LA COVID-19?

Delgado Nicolás S, Martín Pino S, Rubio Granda A, Gutiérrez Martínez JR, Fernández Miaja M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La neumonía eosinofílica aguda es una entidad de baja frecuencia en pediatría. Se debe sospechar

ante un cuadro de tos, fiebre, disnea, mialgias de días o semanas de evolución con infiltrados pulmonares en Rx o TAC y eosinofilia en lavado broncoalveolar (BAL) > 25% asociado o no a eosinofilia periférica. Existen formas primarias y secundarias. Suelen presentar una excelente respuesta a corticoides.

Caso clínico. Mujer de 13 años con fiebre y dificultad respiratoria en las últimas horas y astenia y mareos en la última semana. Constantes al ingreso: Sat O₂ 85%, FR 55 rpm, FC 150 lpm. EF: Palidez. Hipoventilación con crepitantes en bases y alguna sibilancia. Analítica: leucocitos 32.540 (N 91,1%, L 2,6%, E 620 x 10³/μl), PCT 0,09 ng/ml, PCR 16,8 mg/dl. Se pautaron broncodilatadores, hidrocortisona, cefotaxima y expansión con SSF con mejoría parcial. Se realizó Rx y TAC tórax observándose infiltrados bilaterales intersticiales, con áreas de consolidación principalmente en lóbulos superiores descartándose TEPA e ingresa por insuficiencia respiratoria y neumonía bilateral. Sufre empeoramiento clínico con intubación y ventilación en prono durante 24 horas. Ante la sospecha de infección por SARS-CoV-2 se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, azitromicina, dexametasona y enoxaparina pese a múltiples PCR negativas debido a la clínica y al tener lugar durante la 2^a ola de COVID. Se realizó una broncoscopia siendo normal con pruebas microbiológicas incluido PCR COVID negativo. En la celularidad del BAL se observa una eosinofilia del 5%. Presentó excelente evolución clínica y radiológica en los siguientes días (Rx a los 4 días normal) y ascenso de eosinofilia periférica a 2,59 x 10³/μl. Las pruebas microbiológicas fueron negativas siendo alta a los 6 días. Desde el punto de vista etiológico existió exposición reciente al humo de tabaco e historia de alergia a ácaros, epitelio gato y clínica compatible con asma el año previo confirmándose posteriormente en consultas.

Comentario. Impresiona de una neumonía aguda eosinofílica, aunque no pueda confirmarse mediante la eosino-

filia del BAL. Parece una forma secundaria pues presentaba exposición a tabaco reciente e historia de alergia a ácaros, epitelio de gato y asma en el último año. El diagnóstico diferencial con infección por COVID es complicado pues ambas entidades presentan clínica respiratoria con imágenes radiológicas de neumonía intersticial pero la rápida mejoría clínica y radiológica junto con la eosinofilia periférica hace más probable que se trate de una neumonía eosinofílica.

GASTROENTERITIS AGUDA POR SALMONELLA EN MENOR DE 3 MESES. *Reyes Sancho S, Caldeiro Díaz MJ, Jiménez Montero B, Leonardo Cabello MT, Álvarez Álvarez C, Díaz Fernández P, Méndez Sierra A, Fernández Marqués M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La gastroenteritis aguda es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría. La mayoría de las ocasiones se trata de cuadros autolimitados que no requerirán tratamiento específico. La etiología principal es vírica, aunque es importante tener en cuenta otras posibles, como las bacterianas.

Caso clínico. Lactante de 2 meses y medio con fiebre de máximo 39°C de 16 horas de evolución. Asociaba deposiciones líquidas de coloración amarillenta, sin productos patológicos. Había además realizado dos vómitos aislados de contenido alimentario. Alimentada con leche de fórmula hidrolizada por intolerancia a la proteína de la leche de vaca, no presentaba otros antecedentes de interés. A la exploración presentaba un TEP estable, con constantes normales y una exploración por aparatos sin alteraciones; solo destacaba una frialdad acra sin signos evidentes de deshidratación. Se obtuvo muestra de orina con elemental y sedimento anodino, se extrajo analítica en la que destacaba PCR 4,9 mg/dl y PCT 0,78 ng/ml y hemocultivo. Dada la edad de nuestra paciente junto con la fiebre se decidió ingreso para ver evolución. Al ingreso aumentaron las deposiciones líquidas, por lo que se recogió muestra de heces que resultó negativa para virus enteropatógenos y positiva para Salmonella Enteritidis. Tras dicho resultado, se mantuvo el ingreso hospitalario y se comenzó tratamiento con cefixima oral, ya que por la edad era grupo de riesgo de enfermedad invasiva o complicaciones. Pudo ser dada de alta a las 72 horas tras buena evolución.

Conclusión. A pesar de que estamos acostumbrados al manejo de una gastroenteritis, conviene no olvidar que la diarrea aguda es aún hoy día causa importante de morbimortalidad. Además, aunque por norma general la salmonelosis

no precisa antibioterapia, en nuestro caso estábamos ante un lactante menor de 3 meses, grupo etario con incidencia menor respecto al resto de población, con mayor riesgo de desarrollar enfermedad invasiva o grave.

CASO CLÍNICO: EXANTEMA EN LACTANTE ¿URTICARIA MULTIFORME O EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE? *Álvarez Smith C¹, Garrido Martín M¹, Alonso Díez C¹, Arroyo Ruiz R¹, Sánchez Rodríguez P¹, Segurado Toston N¹, Sánchez-Villares Lorenzo C², de la Fuente Echevarría G². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.*

Introducción. La urticaria se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas eritematosas, edematosas, pruriginosas, de morfología y extensión variada: habones o ronchas. Los habones pueden confluir y aparecer rodeados de un halo violáceo, adoptando configuraciones anulares o arqueadas. Esta diversidad en su forma de presentación plantea problemas diagnósticos con otro tipo de lesiones como los exantemas. Tanto en los exantemas con componente purpúrico como en las distintas lesiones urticariales es importante descartar las causas potencialmente graves y/o con tratamiento específico y considerar la realización de pruebas complementarias cuando sean necesarias.

Caso clínico. Paciente de 16 meses que acude a urgencias por exantema de 12 horas de evolución, en zona flexora de extremidades, no pruriginoso, no evanescente, que se extiende a extremidades inferiores, cara y pabellones auriculares. En centro de salud es diagnosticado de urticaria aguda y se trata con cetirizina. Presenta antecedente reciente de otitis media aguda, a tratamiento con amoxicilina e ibuprofeno. A la exploración se observan lesiones exantemáticas maculopapulosas circulares confluentes con edema, algunas con componente purpúrico sin desaparecer a la digitopresión. El resto de la exploración física es normal y el excelente estado general del paciente se conserva en toda la evolución. La edad, el estado general y las lesiones y síntomas plantean un diagnóstico diferencial complejo entre urticaria multiforme (UM) y edema agudo hemorrágico del lactante (EAHL).

Conclusión. Ambas entidades, la UM y el EAHL, son procesos cutáneos benignos y autolimitados, que afectan principalmente a lactantes. La UM se caracteriza por la aparición de grandes placas eritematosas anulares y arciformes con una pigmentación violácea central y con frecuencia se asocia a un proceso febril concomitante. Por otra parte, el

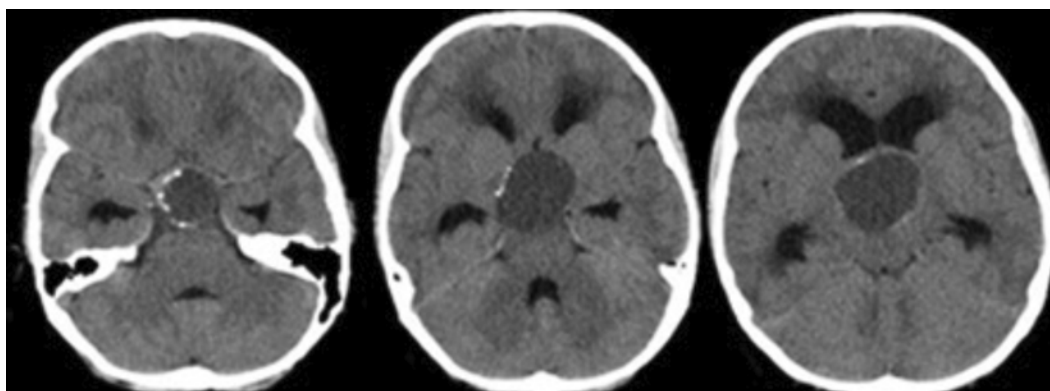


Figura 1.

EAHL es una vasculitis aguda leucocitoclástica de pequeños vasos de etiología desconocida, que se caracteriza por la aparición súbita de placas edematosas purpúricas en extremidades y plantas, y característicamente en pabellos auriculares.

UNA VERDAD A LA VISTA. Soler Monterde M¹, Valladares Díaz AP², Brel Morenilla M¹, Bartolomé Calvo G¹, Lavandera Gil I¹, Calle Fernández M³, Pérez Jiménez R⁴. ¹Médico residente de Pediatría, Servicio de Pediatría; ²Médico adjunto de Pediatría, Servicio de Pediatría; ³Médico adjunto de Oftalmología, Servicio de Oftalmología; ⁴Médico residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. El papiledema es una condición que se define como edema del disco óptico secundario a un aumento de la presión intracraneal. La presión del líquido cefalorraquídeo provoca un aumento de líquido retrolaminar en el nervio óptico derivando en un colapso de la microcirculación capilar venosa, infarto en la capa de fibras nerviosas y atrofia del nervio óptico. Las causas más comunes de hipertensión intracraneal (HTIC) en la infancia son: hidrocefalia, meningitis, trombosis de los senos venosos, lesiones intracraneales o idiopáticas.

Caso clínico. Niña de 9 años de edad que consulta en oftalmología por visión borrosa acompañada de cefalea frontoparietal izquierda de 3 semanas de evolución. En el fondo de ojo se objetiva papiledema bilateral, siendo remitida a urgencias. En la exploración neurológica destaca entropía de ojo izquierdo, paresia del VI par y marcha con ligera desviación a la izquierda. Ante la sospecha de hipertensión intracraneal se realiza TAC cerebral urgente sin contraste con el hallazgo de masa hipodensa (37x30x36 mm) de localización selar y supraselar con calcificaciones groseras sugestiva de craneofaringioma, que provoca efecto masa locoregio-

nal y sobre el tercer ventrículo, condicionando dilatación de los ventrículos laterales y edema transependimario (Fig. 1). Se traslada de forma urgente a hospital de referencia para colocación de drenaje de líquido cefalorraquídeo. Fue intervenida por neurocirugía con resección casi absoluta del tumor. La anatomía patológica concluye craneofaringioma variedad adamantinomatoso.

Conclusión. La cefalea y los trastornos de la visión son un motivo frecuente de consulta en pediatría. Entre las pruebas complementarias se debe realizar fondo de ojo. El hallazgo de papiledema en el mismo es un signo precoz de HTIC que debe alertarnos de la existencia de patología grave de base, siendo necesario realizar exploraciones complementarias con premura, entre ellas pruebas de imagen, para llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial y tratamiento rápido de la causa subyacente.

EFICACIA DE LA INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL EN TABLETAS PARA GRAMÍNEAS. Romano Medina A, Marcos Temprano M, Palomares Cardador M, Aldana Villamañán I, Rellán Rodríguez S, Espinoza Leiva A, Bahillo Curieses P, Acevedo Vega JR. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. En los últimos años se ha publicado importante evidencia científica que ha demostrado la eficacia de la inmunoterapia sublingual (SLIT) en tabletas para pacientes con alergia respiratoria a polen de gramíneas, lo que la ha convertido en la primera inmunoterapia registrada como fármaco.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con rinoconjuntivitis y/o asma alérgica que recibieron inmunoterapia sublingual en comprimidos para gramíneas. Revisión de las historias clínicas mediante Jimeña4 y análisis estadístico con SPSS.

Resultados. Se incluyó en el estudio a 84 pacientes con edad media de $9,29 \pm 2,3$ años. El 92,9% presentaba rinoconjuntivitis y el 57% tenía asma. El 65,5% refería antecedentes familiares de primer grado de asma o alergias. El 94% se encontraba en tratamiento con antihistamínico pautado, el 61,8% precisaba salbutamol de rescate y un 30,6% tratamiento controlador del asma. La mitad de los pacientes había finalizado el tratamiento con una duración media de 3,3 años. Como resultados destacables se observó que el 85% de los pacientes con rinitis moderada/grave pasó a tener una rinitis leve y de estos el 52,5% no volvió a precisar antihistamínico pautado. En cuanto a los pacientes con asma episódica frecuente se observó que el 95% pasó a tener un asma episódica ocasional. El 85% de los asmáticos dejaron de precisar tratamiento de mantenimiento y el 55% el broncodilatador de rescate. Solo el 28% tuvo efectos adversos de los cuales el 70% fueron síntomas orales leves que se resolvieron espontáneamente.

Conclusiones. La SLIT para gramíneas ha demostrado ser eficaz, segura y mejorar la calidad de vida de los pacientes con alergia polínica.

PARESIA PODAL TRAS UN LARGO VIAJE EN COCHE.

Morales Moreno AJ, Castro Rey M, Carranza Ferrer J, Vázquez Martín S, de Felipe Pérez M, López Allúe L, Gutiérrez Valcuende C, Morales Albertos L. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Nuestro objetivo es realizar un diagnóstico diferencial de las patologías agudas del sistema nervioso periférico en el paciente pediátrico, incluyendo la Neuropatía Hereditaria con Susceptibilidad a la Parálisis por Presión (HNPP), aprendiendo a detectar sus manifestaciones clínicas, las características paraclínicas como hallazgos electrodiagnósticos, patológicos, radiológicos y genéticos, así como los posibles tratamientos a aplicar según recoge la literatura científica hasta la fecha.

Caso clínico. Adolescente de 12 años sin antecedentes médicos significativos presenta un cuadro de 48 horas con limitación completa de la dorsiflexión del pie izquierdo y sensación de hormigueo en la cara dorsal acentuado al contacto directo. Refiere contexto de un viaje prolongado en coche con una malposición del miembro afecto durante la sedestación. Ingresa para filiación. El EEG realizado muestra Polineuropatía sensitivo-motora axonal y desmielinizante de intensidad leve de carácter difuso y Neuroapraxia aguda focal afectando a ciático-poplíteo externo bilateral por compresión a nivel de cabeza peroné. RMN cerebral-medular,

sin hallazgos patológicos. LCR normal; proteínas 37 mg/dl. Se solicita un estudio microbiológico con serologías (VHC, VHA, VHB, *Toxoplasma*, lúes, *Chlamydia*, VIH, HTLVI-II...), cultivo de heces, *Film-array* virus respiratorios, PCR SARS-CoV-2, Autoanticuerpos antigangliósido, Bandas oligoclonales en suero y LCR negativos. Se decide estudio genético que muestra un análisis molecular con patrón alterado: portador heterocigoto de la delección del gen *PMP22*. El diagnóstico final es de Neuropatía Hereditaria con Susceptibilidad a la Parálisis por Presión (HNPP). Se inicia tratamiento con Corticoides a dosis máxima 60 mg/día en dosis única y complejo vitamínico Alasod® con buena adherencia al mismo, sin efectos secundarios derivados y con respuesta favorable.

Conclusiones. La HNPP es un trastorno de herencia autosómica dominante que se inicia con episodios recurrentes de parestesia y debilidad muscular con distribución de nervio periférico, y desencadenados por compresión nerviosa sobre los puntos nerviosos anatómicamente más sensibles. Suele presentarse en la infancia tardía o adolescencia, y el diagnóstico se basa en la clínica, antecedentes familiares, estudios neurofisiológicos, genéticos y anatomopatológicos (engrosamiento focal de la mielina, desmielinización segmentaria: tomáculos mediante biopsia del nervio) y, en la mayoría de los casos, la delección de la región cromosómica 17p11.2-p12, que incluye el gen *PMP22*. En nuestro caso, se alcanzó una recuperación completa de la fuerza muscular tras recibir tratamiento conservador, destinado a prevenir las lesiones nerviosas evitando los traumatismos repetitivos, rehabilitador incluyendo ortesis y la asociación de Prednisona, Ácido α -Lipoico y Superóxido dismutasa y omeprazol.

ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG Y TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR. DOS ENTIDADES MUY DIFERENTES CON UN MISMO ORIGEN.

Pérez Porra S¹, López Santos A², Antoñón Rodríguez M¹, Salamanca Zarzuela B¹, Alcalde Martín C¹, Centeno Malfaz F¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Estudiante de Medicina. Universidad de Valladolid.

Introducción: La cresta neural es una población de células migratorias, multipotentes y transitorias capaces de generar una gran variedad de tipos celulares durante el desarrollo de los vertebrados. Cuando estas células presentan un desarrollo anormal pueden producirse las neurocristopatías que son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por malformaciones congénitas de órganos y tejidos que de otra manera no estarían relacionadas. Presentamos dos pacientes con clínica secundaria a esta patología.

Casos clínicos. Caso 1. Mujer recién nacida a término de peso adecuado para la edad gestacional diagnosticada de enfermedad de Hirschprung en el periodo neonatal. A los 2 meses y 10 días de vida presenta una taquicardia paroxística supraventricular por vía accesoria sin presentar malformaciones cardíacas asociadas. Se trata en el momento agudo con adenosina y esmolol. Durante los dos primeros años de vida precisa tratamiento antiarrítmico y posteriormente se realiza ablación eléctrica de la vía accesoria.

Caso 2. Mujer recién nacida a término de peso adecuado para la edad gestacional diagnosticada de enfermedad de Hirschprung en el periodo neonatal. A los 3 meses y medio de vida presenta una taquicardia paroxística supraventricular que cesa en el momento agudo con adenosina. Actualmente continúa con tratamiento de mantenimiento.

Conclusiones. La enfermedad de Hirschprung (EH) es causada por este defecto que produce un segmento agangliónico en el colon que impide la relajación y puede producir una obstrucción funcional. El 5-8% de los pacientes con EH asocian cardiopatías congénitas siendo lo más frecuente los defectos del septo aunque en los dos casos presentados el ecocardiograma fue normal. Esto puede deberse a que la etapa crítica del desarrollo cardíaco se produce al mismo tiempo que el sistema nervioso entérico. Además, existen células de la cresta neural que son fundamentales para el desarrollo normal del tracto de salida cardíaco así como del septo aorto-pulmonar y se encuentran en estrecha relación con las células que forman los ganglios entéricos.

CPRE COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA DE LA COLEDOLITIASIS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. Melanie Alejos Antoñanzas M¹, Irene Robles Álvarez I¹, María Rodríguez Ruíz M², Cristina Iglesias Blázquez C¹, Carmen González-Lamuño Sanchís C¹, David Fernández Fernández D¹, Sergio Molleda González S¹, Cristina González Mieres C¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La litiasis biliar en la infancia tiene una prevalencia de 0,13-1,9%, siendo asintomática en gran parte de los pacientes. Cuando presenta clínica suele cursar con dolor abdominal inespecífico o en hipocondrio derecho, vómitos y/o ictericia. La coledocolitiasis produce una obstrucción total o parcial del flujo biliar pudiendo aparecer coluria y acolia. Se origina por formación de cálculos en los conductos biliares o, más frecuentemente, por migración del mismo desde la vesícula. En un 40% de los casos es idiopática encontrándose el 60% restante factores

etiológicos como anemia hemolítica, nutrición parenteral u obesidad.

Caso clínico. Niña de 6 años que acude a urgencias por vómitos de una semana de evolución (2-3 episodios al día), afebril y sin otra clínica acompañante. Refieren orina más oscura los últimos días, sin acolia. Presenta leve sequedad de mucosas, tinte subictérico en conjuntiva y dolor a la palpación en hipocondrio derecho. En la analítica destaca GOT 164 UI/L, GPT 272 UI/L, patrón de colestasis con GGT 111 UI/L, FA 300 UI/L, bilirrubina total 4,8 mg/dl (directa 2,5 mg/dl) y elevación de amilasa (745 mg/dl). Se solicita ecografía abdominal, donde se evidencia dilatación del colédoco, por lo que se decide realización de colangiografía para descartar posible quiste de colédoco. En la RMN describen un cálculo de 8,3 mm enclavado en colédoco distal. Se programa para CPRE preferente donde se lleva a cabo esfinterotomía y extracción del cálculo. Favorable evolución en el postoperatorio inmediato, sin incidencias tras el inicio de la alimentación oral, por lo que se realiza seguimiento en consulta con ecografía de control y normalización de parámetros analíticos.

Conclusiones. La coledocolitiasis es un proceso poco frecuente en pediatría que hay que tener en cuenta ante un paciente con ictericia obstructiva. La colangiografía es la prueba goldstandar para su diagnóstico. El tratamiento debe de hacerse de manera precoz para disminuir la posibilidad de complicaciones, siendo la CPRE la primera opción terapéutica.

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. Baroque Rodríguez S¹, Alvargonzález Fernández J¹, González Carrera E¹, González García J². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Servicio de Pediatría. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres.

Introducción. La artritis reactiva es una inflamación aséptica de la membrana sinovial que afecta generalmente a varias articulaciones. La causa más frecuente son las infecciones gastrointestinales. Suelen ser más frecuente en varones mayores de 6 años. El diagnóstico es fundamentalmente clínico (anamnesis y exploración), además de presentar serología compatible. En un 50-80% de los casos se asocia con HLA-B27 positivo. Presentamos el caso de un paciente de 16 años diagnosticado en nuestro centro.

Caso clínico. Varón de 16 años ingresado inicialmente a cargo del Servicio de Traumatología por sospecha de artritis séptica en codo derecho. Se realiza lavado quirúrgico urgente y se inicia antibioterapia empírica. Al tercer día comienza con dolor y tumefacción en el tobillo derecho y febrícula.

No presenta otros síntomas. Ante la sospecha de proceso inflamatorio, solicitan valoración por parte de Reumatología Infantil. Rehistoriando al paciente, refiere dolor abdominal y diarrea en semanas previas, así como dolor a nivel inguinal. El paciente mantiene relaciones sexuales. Nunca clínica genitourinaria. No antecedentes de enfermedades reumáticas ni autoinmunes. Ante la posibilidad de artritis reactiva, se solicita serología, con resultado positivo (IgA e IgG) para Yersinia e IgM para *Chlamydia trachomatis*. HLA-B27 positivo. Se recoge cultivo de heces y exudado uretral y se inicia tratamiento con azitromicina, también en su pareja sexual.

Conclusiones. En el diagnóstico diferencial de una artritis, es fundamental recoger en la anamnesis la presencia de infecciones genitourinarias o gastrointestinales en las semanas previas al cuadro actual.

LA IMPORTANCIA DE LAS ADENOPATÍAS. *Bartolomé Calvo G, Valladares Díaz AI, Castrillo Bustamante S, Brel Morenilla M, Lavandera Gil I, Soler Monterde M, Jiménez Casso María S, Carrón Bermejo M. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.*

Introducción. Los linfomas suponen el tercer grupo de neoplasias más frecuentes en pediatría. Se clasifican en dos tipos: linfoma Hodgkin y no Hodgkin (LNH). La etiología es desconocida. Pueden debutar con cuadros clínicos graves; en los menos graves, dependerá de la localización. Para el diagnóstico es preciso realizar pruebas analíticas y de imagen. El tratamiento se basa en la poliquimioterapia.

Casos clínicos. *Caso 1.* Paciente de 13 años, consulta por bultoma laterocervical izquierdo. Se pauta tratamiento conservador con mejoría parcial. Se realiza analítica sanguínea, destacando LDH de 356 U/L. Ecografía: adenopatía submaxilar izquierda. Posteriormente comienza con edema periorbitario izquierdo e ingresa para estudio. Analítica: leucocitosis. TC: pansinusitis y celulitis preseptal. Se inicia antibioterapia empírica intravenosa y corticoide, con mejoría. A los 5 días consulta de nuevo por visión borrosa y diplopía binocular. Analítica normal. TC: empeoramiento radiológico. Fibroscopia: masa en fosas nasales y cavum con biopsia normal. Ante no mejoría se traslada a Hospital de tercer nivel. Se realiza cirugía endoscópica nasal. En la biopsia se objetiva proliferación neoplásica y se realiza estudio de extensión: Linfoma de células B maduras (tipo Burkitt) estadio IV con infiltración de médula ósea de hasta un 70%. Se inicia tratamiento quimioterápico. Actualmente en remisión completa.

Caso 2. Paciente de 9 años, acude por dolor en flanco derecho de una semana que empeora con la micción y estre-

ñimiento. Afebril. Exploración física: abdomen distendido doloroso a la palpación en hipocondrio, flanco y fosa renal derecha. Analítica: hemograma normal, elevación de transaminasas, LDH 930 U/L, D-Dímeros 3.990 ng/ml, Cr 0,96 mg/dl. Eco abdominal: apéndice cecal aumentado, áreas hipo e hiperecogénicas en mesenterio, epigastrio e hipocondrio derecho de bordes mal definidos. Dilatación pielocólica derecha. En hígado área hicoecogénica mal definida. Ingresa para observación y estudio. TC tóraco-abdominal: conglomerados adenopáticos y adenomegalias mediastínicas y mesentéricas, implantes peritoneales difusos ascitis, masa hepática. Derrame pleural bilateral, uterohidronefrosis grado II derecha secundaria, compatibles con proceso hematológico tipo linfoma. Se traslada a Hospital de tercer nivel. Se objetiva insuficiencia renal aguda e hiperuricemia iniciándose rasburicasa. Actualmente continúa en estudio.

Conclusiones. Los subtipos más frecuentes de LNH derivan de las células B maduras, entre ellos el linfoma Burkitt, tercer tumor de origen linfoide más común. Se pueden presentar como afectación local o difusa, debiendo hacerse estudio de extensión. El diagnóstico se debe establecer lo más rápido posible, por el rápido crecimiento y la agresividad. El diagnóstico diferencial comprende cualquier adenopatía. Sobreviven más del 90% de los pacientes debido al esfuerzo de equipos multidisciplinares.

REVISIÓN DEL SÍNDROME 48 XXYY. A PROPÓSITO DE UN CASO. *González García C, Jiménez Hernández EM, Macías Panedas A, Soltero Carracedo JE, Peña Valenceja A, Andrés Alberola I, Fernández Alonso JE, De La Torre Santos SI. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. El síndrome 48 XXYY es una aneuploidía esporádica infrecuente de los cromosomas sexuales. Los afectados son varones y la expresión clínica durante la infancia temprana puede ser muy variable: retraso generalizado del desarrollo, deficiencias cognitivas, dismorfismos faciales, hipogonadismo y talla alta, anomalías esqueléticas y dentales, y malformaciones cardíacas y renales congénitas. Tras el diagnóstico, por tanto, se deben estudiar estas posibles comorbilidades mediante un examen físico completo, ecografía renal y ecocardiografía, exámenes de la vista y audición, atención dental rutinaria y control del desarrollo puberal. Durante la infancia, además, se debe realizar una evaluación exhaustiva y multidisciplinar del neurodesarrollo y de la conducta.

Caso clínico. Varón de 7 años que acude a consulta por retraso madurativo y dificultad de adquisición de conoci-

mientos advertido por la familia y en el colegio. Antecedentes familiares sin interés. Como antecedentes personales destacan: crecimiento uterino retardado, seguimiento por Traumatología desde el nacimiento por pie zambo que precisó tenotomía, seguimiento por Cardiología Infantil por CIV muscular y ductus arterioso persistente en ecocardiografía realizada por soplo cardiaco en periodo neonatal, desarrollo psicomotor con inicio de deambulación a los 18-20 meses, retraso de lenguaje con inicio del mismo más allá de los 2 años, y varios ingresos hospitalarios por bronquitis aguda. A la exploración presenta fenotipo peculiar: cabeza de aspecto algo grande para tamaño general con frente amplia, nariz plana, boca pequeña, hiper-telorismo y orejas rotadas de implantación baja. Dificultades de interacción social con los pares y con los adultos. Se solicita interconsulta a Salud Mental para valoración cognitivo-conductual y CGH-arrays con resultado arr(x)x2,(8)x2, perfil genómico compatible con síndrome 48 XXYY.

Conclusiones. Aunque las características clínicas que afectan a los pacientes con síndromes genéticos como las aneuploidías pueden ser variables entre los individuos afectados, actualmente, tener la posibilidad de filiar la etiología de síndromes infrecuentes mediante el estudio genético, nos permite obtener información de las comorbilidades descritas en otros pacientes con la misma alteración, realizar un adecuado seguimiento y mejorar la calidad en el manejo de estos pacientes de forma multidisciplinar.

UVEÍTIS EN PEDIATRÍA: NO SIEMPRE UN OJO ROJO. *Garrido Martín M¹, Hernández Pinchete S¹, Pérez Baguena MP¹, Turrión Nieves AP, González González MM¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Objetivos:

- Importancia de las uveítis idiopáticas o asociadas a enfermedades sistémicas en Pediatría.
- Revisión de las recomendaciones actuales sobre el seguimiento de estos pacientes.
- Nuevas corrientes de tratamiento de la uveítis de origen inmune en pacientes pediátricos.

Material y métodos. El tipo de estudio empleado para la realización de este trabajo es una revisión bibliográfica. Se recogió información mediante búsqueda sistematizada en diferentes bases de datos usándose como palabras clave: "pediatric", "uveitis", "treatment". Se revisaron otro tipo de documentos como Manuales de diagnóstico y tratamiento, así como Protocolos de actuación y seguimiento de diferentes asociaciones médicas.

Resultados. La uveítis es un grupo heterogéneo de situaciones clínicas de diferentes causas que se caracterizan por la inflamación de los elementos que constituyen la úvea. Las uveítis idiopáticas o asociadas a enfermedades sistémicas durante la infancia pueden cursar de forma asintomática, lo que dificulta su diagnóstico y posterior manejo. Además, el elevado número de complicaciones que asocian, requiere un abordaje multidisciplinar que disminuya el riesgo de pérdida de visión en estas edades; con este fin, se han establecido protocolos de actuación y seguimiento, además de surgir nuevas evidencias en su manejo como la introducción temprana de terapias inmunosupresoras sistémicas que permitan un mayor control de la enfermedad.

Conclusiones:

- La presentación clínica de la uveítis en edades pediátricas, su asociación a enfermedades sistémicas y sus complicaciones posteriores, suponen la importancia de esta entidad, así como la de su diagnóstico.
- Se han elaborado y actualizado protocolos de seguimiento y tratamiento de las uveítis con medidas estandarizadas de seguimiento.
- El uso de fármacos biológicos, en concreto el Adalimumab, ha mejorado el pronóstico de las uveítis de causa inmune en edad pediátrica.

HEMANGIOMA CONGÉNITO EN RODILLA DE RECIÉN NACIDO. UN CASO ATÍPICO. *García Fernández S¹, Corujo Murga P², Oreña Ansorena V³, Díaz García P¹, Navarro Campo S⁴, Alonso Álvarez S⁴, Solís González G¹, Fernández Castiñeira S¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Servicio de Pediatría. Atención Primaria (Centro de Salud Teatinos). Oviedo.*

Introducción. Los hemangiomas son las anomalías vasculares más frecuentes en la edad pediátrica. Habitualmente no están presentes al nacimiento. Van aumentando su tamaño mediante hiperplasia celular durante 12 meses para involucionar de forma progresiva. Su incidencia es de hasta un 12% de los recién nacidos. Habitualmente, se trata de lesiones únicas pero en un 20% de los casos pueden ser múltiples. En esos casos habría que descartar posible afectación interna. El 10% tiene agregación familiar. La zona de presentación más frecuente es la cabeza y cuello. Los hemangiomas congénitos (caso clínico que exponemos) son aquellos que aparecen en el momento del parto. Aparecen sobre todo en extremidades.

Caso clínico. Recién nacido varón que avisan de paritorio por tumoración en rodilla izquierda no visualizada en ecografías prenatales. Se trataba de una gestación de 39 semanas que fue controlada en Santo Domingo hasta la semana 27. Parto eutócico. Se ingresó durante 3 días en la Unidad de Cuidados Intermedios para estudio y observación. Durante el ingreso la lesión fue encontrándose cada vez menos tumefacta y eritematosa. Durante el ingreso se realizaron una radiografía y una analítica que fueron normales y una ecografía en donde se objetivó que se trataba de una lesión compatible con hemangioma. Posteriormente, está en seguimiento por su pediatra de Atención Primaria, cirugía pediátrica y en las consultas externas de neonatología. Actualmente el hemangioma que presenta el paciente es de consistencia pétreo y caliente de coloración más clara que al nacimiento. No le impide la flexión de la rodilla pero sí la extensión de la misma. Su tamaño es de 24 cm en la parte superior; 26 cm en la parte media y 24 cm en la parte inferior de la lesión.

Conclusiones. A pesar de que los hemangiomas son las anomalías vasculares más frecuentes en la edad pediátrica, no por ello debemos considerarlo una patología banal cuando se sitúa en una localización atípica y con un tamaño que no corresponde con lo habitual. Establecer un correcto diagnóstico diferencial realizando una minuciosa historia clínica y exploración física así como las pruebas complementarias que se consideren necesarias es imprescindible para poder valorar la evolución, necesidad de tratamiento y complicaciones que puede presentar el paciente.

TRAUMATISMO ACCIDENTAL EN VELO DEL PALADAR. *Acevedo Vega JR¹, Izquierdo Herrero E¹, Carranza Ferrer J¹, de Felipe Pérez M¹, Ortega Vicente E¹, Nieto Sánchez RM¹, García Saseto P¹, Duque Holguera V².* ¹Urgencias de Pediatría, Servicio de Pediatría; ²Servicio Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los traumatismos y lesiones orofaríngeas constituyen un motivo no infrecuente de consulta en urgencias de pediatría. Generalmente se deben a la presencia de cuerpos extraños o agentes externos, entre los que destacan por frecuencia cepillos de dientes, palos, juguetes de plástico, metálicos y bolígrafos. La mayoría acontecen en edad preescolar, siendo el mecanismo la caída accidental mientras el paciente porta dicho objeto en la cavidad oral, con consiguiente desplazamiento posterior del mismo y lesión del velo del paladar y pared posterior de orofaringe.

Caso clínico. Varón de 2 años, sin antecedentes personales de interés, bien vacunado, que acude a urgencias por trau-

matismo penetrante orofaríngeo 8 horas previas, tras caída accidental mientras portaba un cepillo de dientes en boca. Refieren sangrado oral autolimitado, sialorrea y odinofagia posterior, con rechazo a la ingesta de sólidos y líquidos. Administran analgesia oral en domicilio. A la exploración física destaca únicamente una laceración de aproximadamente 1 cm de profundidad que afecta a pilar amigdalino anterior derecho y pilar amigdalino posterior derecho, por encima del polo superior de la amígdala, que ocasiona la separación de ambos bordes de la laceración con una distancia entre ellos de aproximadamente 4-5 mm. Se realiza reparación de herida en quirófano mediante sutura por parte de Otorrinolaringología. Administrada profilaxis antibiótica. Seguimiento evolutivo en consultas externas con evolución clínica favorable.

Conclusiones. Por lo general, las lesiones de la cavidad oral no son graves y evolucionan favorablemente con tratamiento conservador. No obstante, la cavidad oral es compleja y lesiones cicatriciales en lengua, paladar blando y mucosa de las mejillas pueden ocasionar trastornos en la deglución, masticación y fonatorios. El diagnóstico se fundamenta en una adecuada anamnesis y examen clínico minucioso, evaluando la localización, límites y profundidad de la lesión, prestando especial atención a las posibles complicaciones agudas o tardías, tanto infecciosas (abscesos para y retrofaríngeos), neurológicas o lesión de la carótida interna, en traumatismos que afectan a la pared lateral de la faringe. La controversia de este caso resultó del escaso consenso que hay a la hora de reparar o no las estructuras velopalatinas que no comprometan directamente estructuras vasculo-nerviosas. Esperamos que esta comunicación pueda traducirse en un feedback en base a la experiencia en otros centros que nos permita consensuar el manejo de este inusual tipo de lesiones.

MALFORMACIÓN VASCULAR CAPILAR EN UNA RECIÉN NACIDA. *García Fernández S¹, Oreña Ansorena V², Corujo Murga P³, Fernández López A¹, Fernández Morán E¹, Antomil Guerrero B¹, Solís González G¹, Fernández Castiñeira S¹.* ¹Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Las anomalías vasculares se dividen en dos grupos: los tumores (el más frecuente es el hemangioma) y las malformaciones. Las malformaciones vasculares presentan una incidencia menor al de los tumores. Estas siempre están presentes al nacimiento, aunque a veces no son visibles y no conllevan en todas las ocasiones prolongación del ingreso ni tratamiento urgente pudiendo ser filiaadas a ritmo ambulatorio.

rio. Crecen mediante hipertrofia y no llegan a involucionar por completo. Las malformaciones vasculares congénitas son errores del desarrollo embriológico que puede ser debido a mutaciones de novo o tener un carácter hereditario. Según la clasificación de la Sociedad Española de Anomalías Vasculares se dividen en: capilares (el caso clínico que aportamos), venosas, linfáticas, arteriovenosas y complejas.

Caso clínico. Neonato mujer que, en la primera visita del recién nacido sano de hospitalización, se objetiva una lesión vascular de bordes bien definidos y aspecto geográfico en muslo, pierna y pie derechos así como en área perigenital. No aumento de temperatura ni edema de la extremidad. Resto de exploración física anodina. Se solicitó analítica (bioquímica, hemograma y coagulación) que fue normal. Se trata de una gestación de 39+3 semanas. Parto instrumental mediante fórceps. Como antecedentes familiares destaca un primo con una malformación vascular en el cuello que posteriormente fue desapareciendo. A los dos días de vida esta paciente fue dada de alta a domicilio y se realizó una ecografía Doppler venosa de miembros inferiores de forma ambulatoria que fue normal. Actualmente se encuentra a seguimiento en consultas externas de dermatología y neonatología por malformación vascular capilar. Sin haber realizado ningún tratamiento sobre dichas lesiones estas han ido atenuándose.

Conclusiones. Ante un paciente con una lesión al nacimiento es necesario realizar una historia clínica detallada y exploración física completa para poder realizar un despistaje completo de las lesiones así como establecer el pronóstico, evolución, tratamiento y posibles complicaciones asociadas. Los antecedentes familiares de lesiones similares pueden orientar hacia la necesidad de realización de un estudio genético. A pesar de lo llamativas que pueden ser estas lesiones, no son criterio de ingreso a no ser que vayan acompañados de otros datos de alarma.

ABCESO DE BRODIE EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CON FIEBRE SIN FOCO. *Fernández Fernández D, González Mieres C, González-Lamuño Sanchís C, Rodríguez Blanco S, Iglesias Blázquez C, Pou Blázquez Á, Alejos Antoñanzas M, Molleda Fernández S. Servicio de Pediatría. Hospital de León. León.*

Introducción. Los pacientes pluripatológicos con fiebre sin foco son especialmente complejos y suponen un reto diagnóstico. Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial amplio con infecciones de etiología respiratoria, digestiva y osteoarticular entre otras posibles causas. Un diagnóstico precoz es fundamental para una resolución adecuada de estos cuadros.

Caso clínico. Presentamos un niño de 14 años con parálisis cerebral infantil espástica que ingresa de forma programada para recolocación de botón de gastrostomía. A las 24 horas inicia picos febriles de hasta 39°C. Se extrae analítica sanguínea con elevación de reactantes de fase aguda (PCR 70 mg/L y PCT 1 ng/L), hemocultivo, serologías, uroanálisis, coprocultivo y Rx de tórax normal; ante cuadro febril sin foco se decide iniciar antibioterapia intravenosa empírica con cefotaxima. Destacan 2 ingresos previos en los últimos 4 meses por fiebre de origen incierto con realización de múltiples pruebas complementarias, incluyendo TAC abdominal y punción lumbar, sin hallarse foco y con resolución tras tratamientos prolongados con antibioterapia. Al iniciar alimentación por PEG presenta episodios de dolor abdominal intenso, por lo que se suspende alimentación por gastrostomía y se inicia nutrición parenteral periférica. Se realiza ecografía y radiografía abdominal sin hallarse datos de obstrucción o perforación intestinal. Tras valoración por cirugía pediátrica y tránsito gastrointestinal por PEG normal, se inicia nutrición enteral cíclica por gastrostomía con buena tolerancia. Ante persistencia de picos febriles al 8º día de ingreso y tras descartar foco digestivo y respiratorio se solicita gammagrafía ósea con hallazgo de hipercaptación en metafisis tibial distal izquierda y sospecha de osteomielitis a ese nivel que se confirma con RM de la extremidad afecta con imágenes compatibles con absceso de Brodie en formación. Se inicia tratamiento con cefuroxima intravenosa al 9º día de ingreso con desaparición de la fiebre. Adecuada evolución posterior que permite alta tras 21 días de ingreso.

Comentarios. Las infecciones agudas osteoarticulares pediátricas son patologías infrecuentes, siendo de suma importancia un diagnóstico precoz especialmente complejo en pacientes pluripatológicos. El absceso de Brodie es una forma de osteomielitis subaguda de difícil diagnóstico y baja incidencia que precisa un tratamiento adecuado para evitar las complicaciones agudas y a largo plazo.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS COMO AGENTE CAUSANTE DE PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR AGUDA Y CRÓNICA. *Bullón González I, Antoñón Rodríguez M, Cancho Soto T, Salamanca Zarzuela B, Acebes Puertas R, Vegas Álvarez A, Díez Monge N, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Las infecciones osteoarticulares son raras en la infancia. La dificultad en su diagnóstico y tratamiento hace que el riesgo de secuelas sea elevado. El diagnóstico se basa en clínica, analítica y microbiología. A continuación,

presentamos dos casos de infecciones osteoarticulares por *Staphylococcus aureus*, de evolución aguda y subaguda.

Casos clínicos. Caso 1. Varón de 12 años con fiebre intermitente de 12 días de evolución, de predominio nocturno. En los últimos 7 días presenta dolor en codo izquierdo sin signos inflamatorios ni traumatismo previo. Elevación de reactantes de fase aguda en analítica, por lo que se decide ingreso y se inicia antibioterapia empírica con Cloxacilina. Analítica sanguínea, hemocultivo y muestra de líquido sinovial de características infecciosas. A las 24 horas se objetiva crecimiento de *S. aureus* en sangre. Ante evolución tórpida se realiza desbridamiento quirúrgico y cultivo de líquido articular, identificando la presencia de dicho germen, por lo que se mantiene tratamiento antibiótico intravenoso con Cloxacilina continuando con Cefalexima oral hasta resolución.

Caso 2. Mujer de 10 años procedente de Marruecos. Presenta dolor y tumefacción de talón derecho de 1 año de evolución tras traumatismo. Se realiza radiografía en la que se ve lesión hipodensa en calcáneo, y se deriva traumatología. Se amplía estudio con TAC y RMN, que informan como absceso en calcáneo derecho. Se realiza desbridamiento quirúrgico y cultivo, donde se objetiva crecimiento de *S. aureus*. Inicia tratamiento con rifampicina vía oral.

Conclusiones:

1. El germen más frecuentemente implicado en infecciones osteoarticulares es el *S. aureus*.
2. El tratamiento consiste en antibioterapia asociada o no a desbridamiento quirúrgico.
3. Dada la baja biodisponibilidad de la cloxacilina oral y su interacción con alimentos, se recomienda su administración preferentemente por vía parenteral.
4. El absceso de Brodie es un tipo de osteomielitis. Debido a la ausencia de síndrome infeccioso general, la normalidad en las pruebas de laboratorio y la dificultad en la interpretación radiológica tiene frecuentemente un diagnóstico tardío.

MALROTACIÓN INTESTINAL CONGÉNITA A RAÍZ DE UN CASO. *García Fernández S¹, Oreña Ansorena V², Corujo Murga P³, Fernández Morán E¹, Fernández López A¹, Granell Suárez C⁴, García López JEÁ¹, Fernández Castiñeira S¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Radiodiagnóstico; ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La malrotación intestinal es una alteración congénita caracterizada por una posición anómala de la unión duodenoyeyunal en la cavidad peritoneal acompañada de

un grado de fijación mesentérica anormal. Ocurre en uno de cada 500 nacimientos. En los casos sintomáticos el inicio de los síntomas ocurre en las primeras 24h de vida y suele presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal con vómitos biliosos que es secundario a vólvulo intestinal, bandas fibrosas peritoneales (de Ladd) o la asociación de ambos. El tránsito gastrointestinal es la prueba de elección para el diagnóstico.

Caso clínico. Neonato mujer de 3 días de vida que consulta por cuadro de vómitos biliosos de 36 horas de evolución. Como antecedente de interés destaca hallazgo en las ecografías prenatales de dilatación gástrica y vesical llamativas. Inicialmente tras el nacimiento permanece asintomática con adecuada tolerancia oral de lactancia materna exclusiva realizando meconio y micción en las primeras 24 h. A las 50 horas de vida coincidiendo con suplementación de tomas con fórmula artificial por pérdida ponderal máxima del 10% inicia vómitos biliosos de repetición. Ante sospecha de malformación intestinal obstructiva se deja en dieta absoluta con sonda nasogástrica drenando abundante cantidad de contenido bilioso. Se realiza analítica sanguínea que es inespecífica con marcadores infecciosos negativos y radiografía de abdomen donde se visualiza gas distal sin otras alteraciones. En la ecografía abdominal se visualiza una imagen de distensión duodenal. Se realiza tránsito gastroduodenal y enema opaco donde se identifica una dificultad para el tránsito a nivel de la tercera porción duodenal, con morfología en "sacacorchos" del duodeno distal y localización en el flanco derecho de las primeras asas de yeyuno. Todo ello compatible con malrotación intestinal con vólvulo. Ante el diagnóstico se realiza laparotomía urgente donde se objetivan bandas de Ladd y vólvulo realizándose intervención quirúrgica, retomándose la alimentación oral a las 48 h.

Conclusiones. En nuestro caso se produce un cuadro de malrotación intestinal donde coinciden dos factores asociados: un vólvulo y las bandas de Ladd. Es importante sospechar una malrotación intestinal ante cualquier neonato con vómitos biliosos dada las graves complicaciones que pueden ocurrir con la demora diagnóstica como son la necrosis intestinal, el síndrome del intestino corto y la dependencia de la nutrición parenteral con una mortalidad no desdeñable (5%).

DOCTORA, ¡MI HIJO NO PARA DE TOSER! FIBROSIS QUÍSTICA NO CRIBADO. *Martín Pino S¹, Díaz García P¹, Rubio Granda A¹, Delgado Nicolás S¹, Fernández López A¹, Antomil Guerrero B¹, Navarro Campo S², Gutiérrez Martínez JR¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Teatinos. Oviedo.*

Introducción. La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética que produce enfermedad pulmonar crónica y frecuente insuficiencia pancreática. Desde octubre del 2014 Asturias incorporó la FQ en el programa de cribado neonatal. En pacientes con tos húmeda persistente debemos pensar en esta patología sobre todo en aquellos nacidos antes de dicha fecha.

Caso clínico. Niño de 9 años con clínica de tos húmeda matutina de un año de evolución. En radiografía de tórax se detecta dilatación bronquial. Se sospecha bronquitis bacteriana persistente y se inicia tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico durante 14 días con mejoría. Se realiza control radiológico sin cambios significativos. Se deriva a Neumología Pediátrica. En la exploración física se objetivaron acropaquias y pólipo nasal. Las pruebas de función pulmonar se encuentran dentro de límites normales. En la TAC pulmonar se observan bronquiectasias cilíndricas, áreas de consolidación crónica y atrofia pancreática. Test del sudor con valores de Cloro por clorimetría de 111 mmol/L y 113 mmol/L siendo diagnosticado de FQ. Elastasa en heces indetectable. En estudio genético presenta dos mutaciones de Clase I (G542X y R1162X) que determinan ausencia total de proteína CFTR. Tras completar pruebas, se incorpora a la Unidad de FQ.

Comentarios:

- En la evaluación de la tos crónica es importante realizar una anamnesis detallada de las características de la tos y una exploración física completa para realizar un diagnóstico diferencial adecuado.
- La FQ debe incluirse en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes con tos crónica húmeda y/o procesos bronquiales recurrentes, sobre todo en aquellos nacidos antes del 2014 a los que no se les realizó cribado neonatal de FQ.
- El estudio genético marca el tratamiento de estos pacientes. Aquellas mutaciones con ausencia total de proteína CFTR, no podrán beneficiarse de tratamiento con moduladores de CFTR.

COARTACIÓN DE AORTA. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN. *Macías Panedas A, Soltero Carracedo JE, González García C, Jiménez Hernández E, Rojo Fernández I, Rodríguez Calleja J, Martínez Fernández M, Cantero Tejedor T. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. La coartación aórtica supone el 5% de todas las cardiopatías, que constituyen las malformaciones

congénitas más frecuentes y la primera causa de fallecimiento por este motivo. En los últimos años asistimos a una mejora en el pronóstico de estas anomalías debido, entre otros factores, a la detección precoz, tanto prenatal como en el cribado al nacimiento con exploración y pulsioximetría, con tasas de diagnóstico que alcanzan el 95% de todos los defectos críticos. A pesar de ello, un número significativo de defectos graves se diagnostican de forma tardía siendo la coartación de aorta una de las cardiopatías de más difícil detección. Debido a ello, en el seguimiento tras el alta neonatal es de vital importancia una valoración minuciosa para detectar cualquier signo de alarma que pueda hacer sospechar la presencia de una cardiopatía no diagnosticada.

Caso clínico. Niña de 9 meses, sin antecedentes patológicos de interés incluyendo cribado con pulsioximetría en periodo neonatal negativo, que es derivada a la consulta de Cardiología Infantil por su Pediatra de Atención Primaria por dificultad reiterada de palpación de pulsos femorales en las revisiones de salud. En nuestro centro se realiza ecocardiografía urgente en la que presenta alteración del doppler de aorta abdominal, hipertrofia leve del ventrículo izquierdo, válvula aorta bicúspide y gradiente patológico con extensión diastólica en aorta descendente. Se realiza derivación al Servicio de Cardiología del Hospital Infantil Gregorio Marañón donde se confirma, tras realización de ecocardiografía y TAC, una coartación de aorta severa con casi interrupción de arco aórtico y gran desarrollo de circulación colateral. Es intervenida mediante una mini-toracotomía lateral izquierda, resección y anastomosis termino-terminal. En el postoperatorio presenta como complicaciones un quilotórax que se resolvió con tratamiento dietético. En la actualidad presenta estabilidad clínica y en los controles ecocardiográfico no presenta gradiente residual en aorta.

Conclusiones. Como está descrito, a pesar de los avances en el diagnóstico prenatal y de la implementación del cribado con pulsioximetría, existe un porcentaje de cardiopatías graves que pueden no ser detectadas precozmente. Por ello continúa siendo esencial la exploración detallada en las revisiones de salud que incluya de forma sistemática la palpación de los pulsos.

HIPOMELANOSIS DE ITO. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Oreña Ansorena V¹, García Fernández S², Corujo Murga P³, Fernández López A², Fernández Morán E², Málaga Diéguez P, Hedrera Fernández A², Blanco Lago R². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La hipomelanosis de Ito es el tercer síndrome neurocutáneo más frecuente tras la neurofibromatosis y la esclerosis tuberosa. La incidencia es de 1 por cada 7.540 nacidos vivos con predominio en el sexo femenino. Casi siempre son esporádicos aunque se ha asociado a un 'mosaicismos' cromosómico así como a herencia autosómica dominante. Clínicamente se presentan manifestaciones cutáneas en forma de lesiones hipopigmentadas uni o bilaterales que siguen las líneas de Blaschko. En la mayoría de los casos asocia manifestaciones extracutáneas siendo las neurológicas las más frecuentes. El diagnóstico es mediante criterios clínicos estando las manifestaciones cutáneas presentes en el 100%.

Caso clínico. Paciente mujer de 2 años derivada a Neuro-pediatría por retraso del lenguaje. Como único antecedente de interés destaca coartación de aorta intervenida, controlada en Cardiología infantil actualmente a tratamiento con Propanolol. A nivel neurológico presenta un retraso del lenguaje. No antecedentes familiares de interés. En la exploración se objetivan máculas cutáneas hipopigmentadas de distribución blaschkoide en ambos lados del tórax y lineales en piernas. Resto de exploración normal. Ante la presencia de lesiones cutáneas típicas de hipomelanosis de Ito se solicita estudio genético, RM cerebral, ecografía abdominal, valoración oftalmológica y PEAT que aún están pendientes.

Conclusiones. En nuestro caso, nuestra paciente presenta las lesiones cutáneas típicas así como dos manifestaciones extracutáneas: la coartación de aorta y el retraso del lenguaje. Las manifestaciones cutáneas típicas, que para muchos autores son diagnósticas sin precisar otros criterios, habían pasado desapercibidas hasta ahora. Esto es algo frecuente y que da lugar a un retraso diagnóstico que suele ocurrir años después tras consultar por alguna de las manifestaciones extracutáneas (fundamentalmente las neurológicas). Esto junto con la gran heterogeneidad clínica y expresividad variable hacen su diagnóstico difícil tratándose de una patología infradiagnosticada.

PRESENTACIÓN DE UN CASO: SÍNDROME DE HAMMAN O NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE ADOLESCENTE. Alcubilla García L, Ferrin Ferrin MA, Sanz Rueda L, Pablos López A, Benito Clap E, Pérez Báguena MP, De Pablo García M, González Calderón O. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. El neumomediastino es una entidad que consiste en la presencia de aire u otro gas en el mediastino. Se produce por la rotura de los alveolos como consecuencia de

un aumento de presión intraalveolar, dando lugar a la salida de aire al espacio intersticial. Este aire se desplaza disecando las fascias mediastínicas hasta alcanzar el tórax, miembros superiores y cuello, provocando un enfisema subcutáneo. El enfisema subcutáneo asociado a neumomediastino espontáneo se conoce como síndrome de Hamman.

Caso clínico. Escolar de 10 años que acude a Urgencias Pediátricas derivado de Atención Primaria por dolor súbito punzante en zona anterior del cuello de cinco horas de evolución, sin desencadenante previo. En la exploración se aprecia crepitación subcutánea bilateral supraclavicular, además de disminución en la intensidad de la voz y disfagia, sin acompañarse de disnea, disfonía, estridor ni lesiones cutáneas. Rehistoriando al paciente, no refiere traumatismo ni maniobras de Valsalva, así como tampoco tos o vómitos, antecedentes personales de asma, inmersiones o intervenciones dentarias recientes. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, sin otros hallazgos. Se le realiza una radiografía de tórax y región cervical, objetivándose enfisema subcutáneo laterocervical asociado a signos de neumomediastino, sin identificarse neumotórax ni condensación parenquimatosa. Durante su estancia hospitalaria se mantiene hemodinámicamente estable, permaneciendo ingresado durante tres días con resolución del cuadro previo al alta.

Conclusiones. El síndrome de Hamman se considera una patología rara en edad pediátrica, posiblemente infradiagnosticada dada su buena evolución clínica. Al igual que el neumotórax es más frecuente en varones de hábito leptosómico. La realización de una adecuada anamnesis dirigida a antecedentes previos, la exploración física y la radiografía permiten hacer un diagnóstico de esta patología ante un dolor torácico en la urgencia. Su evolución es favorable y su recurrencia es rara.

CASO TÍPICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO... ¿O NO? PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL DE UNA ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO. Méndez Sierra A, Leonardo Cabello M, Reyes Sancho S, Díaz Fernández F, Fernández Marqués M, Giordano Urretabizcaya M, González Martínez C, Dragomirescu Dragomirescu I. Servicio de Pediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) es una patología sospechada con relativa frecuencia en los servicios tanto de urgencias pediátricas como en atención primaria, gracias a su característica presentación clínica. El inicio de vómitos proyectivos no biliosos en lactantes de entorno al mes de edad, especialmente si son varones, guía la

realización de pruebas complementarias dirigidas a diagnosticar y tratar esta patología.

Caso clínico. Presentamos el caso de un lactante de un mes que acude a urgencias pediátricas por sospecha de atragantamiento autolimitado en contexto de un vómito. Regurgitador habitual, con diagnóstico de sospecha de APLV y cólicos del lactante, la familia refiere clínica compatible con reflujo gastroesofágico (RGE): irritabilidad, rechazo de las tomas, y expulsión de contenido alimenticio en algunas de las tomas, en forma de regurgitaciones, con algún vómito de mayor cuantía aislado. La ganancia ponderal es adecuada, así como el ritmo deposicional. Se mantiene en observación hospitalaria durante 36 horas. Dada la estabilidad clínica y la ausencia de nuevos atragantamientos o vómitos llamativos, se decide alta a domicilio con fórmula hidrolizada como tratamiento inicial y seguimiento en gastroenterología infantil. Veinticuatro horas después, el paciente acude por un nuevo episodio de atragantamiento, esta vez con compromiso respiratorio y hemodinámico. Realiza previamente un vómito en posos de café. Tras la estabilización, ingresa en unidad de observación, donde se realizan diversos estudios analíticos y radiográficos, y se inicia tratamiento con omeprazol, siendo la principal hipótesis diagnóstica la de esofagitis en contexto de RGE. Se completa estudio con ecografía abdominal donde se objetiva estenosis hipertrófica de píloro (EHP). Ante el hallazgo, es valorada por Cirugía Infantil, realizándose pilorotomía de Ramstedt en las siguientes 24 horas con buena evolución posterior. Actualmente se encuentra asintomático.

Comentario. Consideramos interesante este caso dada la presentación atípica de una patología relativamente común como es la EHP, haciéndose indispensable mantenerla presente en nuestro diagnóstico diferencial ante todo cuadro de vómitos en lactantes <5 meses con evolución tórpida o inusual.

PÁNCREAS ECTÓPICO: UN HALLAZGO INCIDENTAL EN ENDOSCOPIA. Espinoza Leiva AP, Herrera Quilón L, Romano Medina A, Romero Espinoza D, de Felipe Pérez M, Marcos Temprano M, Alonso Vicente C, Marugán de Miguel-sanz JM. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Presentamos un caso clínico de un raro hallazgo casual durante una endoscopia digestiva alta.

Caso clínico. Mujer escolar de 11 años de edad, con antecedente de alergia a proteínas de la leche de vaca mediada por IgE e inducción de la tolerancia oral, derivada de alergología infantil para descartar esofagitis eosinofílica ante episodios de disfagia ocasional a sólidos. Análítica y examen físico sin alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva alta que confirma el diagnóstico de sospecha: se identifica como hallazgo incidental una lesión umbilicada yuxtapilórica compatible con páncreas ectópico (Fig. 1). Se obtiene biopsia donde se confirma el diagnóstico de esofagitis eosinofílica.

Discusión. El páncreas ectópico (PE) es una anomalía congénita infrecuente, definida como tejido pancreático sin relación anatómica ni vascular con el cuerpo principal del páncreas. La prevalencia es variable de 0,25% y hasta 1-2% en autopsias. La ubicación más frecuente es en el tracto digestivo superior, en el estómago (25-38%) y duodeno (17-36%), aunque también se ha identificado en otras localizaciones intraabdominales. Suele ser un hallazgo incidental. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Las manifestaciones clínicas, cuando ocurren, pueden ser muy inespecíficas o relacionarse con complicaciones por su localización o tamaño, suelen presentarse como dolor abdominal, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal o pancreatitis. Se describen casos excepcionales (<1%) de transformación maligna. Un hallazgo interesante para distinguir un PE durante la endoscopia es la umbilicación

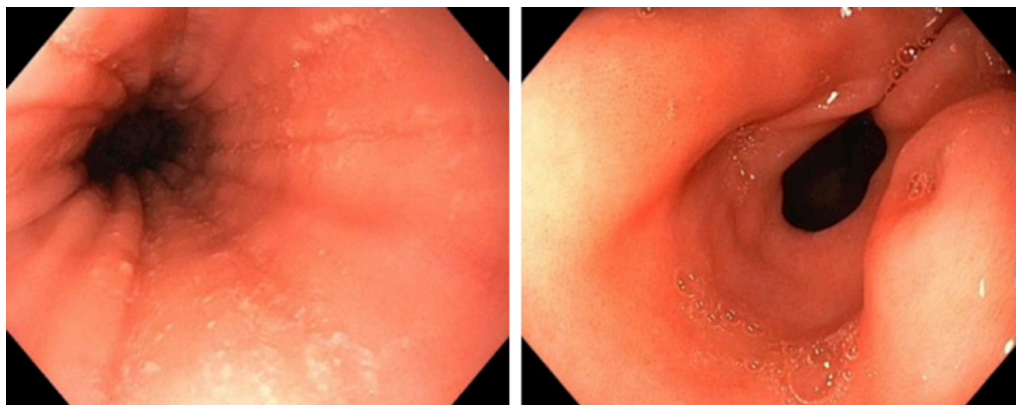


Figura 1.

central que corresponde al conducto de drenaje, con una mucosa de apariencia normal. En pacientes asintomáticos se opta por actitud expectante.

SÍNDROME LTP, LA IMPORTANCIA DE LOS COFACTORES. *Lavandera Gil I, Castrillo Bustamante S, Santana Rodríguez C, Valladares Díaz AI, Brel Morenilla M, Bartolomé Calvo G, Soler Monterde M. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.*

Introducción. La anafilaxia causada por alimentos se produce por una reacción inmunológica de hipersensibilidad mediada por anticuerpos IgE. En algunos casos la presencia de cofactores junto con la exposición al alérgeno propicia una reacción que normalmente, sin esta combinación, no se produciría.

Caso clínico. Niña de 3 años que consulta por exantema urticarial generalizado y dolor abdominal. Hacía 6 días había sido diagnosticada de otitis media aguda y se inició tratamiento con amoxicilina. Durante su estancia en Urgencias realiza varios vómitos y se administra adrenalina IM por sospecha de anafilaxia. Ingresa para observación y se sería triptasa sérica: 13 µg/L a las 2 horas de la clínica y 7 µg/L a las 8 horas. En un primer momento se pensó que podría ser debido a una reacción de hipersensibilidad tardía a amoxicilina, motivo por el cual se deriva a consulta de Alergología Infantil. Profundizando en la anamnesis la madre refiere que previamente al inicio de la clínica había ingerido una manzana con piel, bien tolerada en otras ocasiones. Se realizan pruebas cutáneas Prick Test positivo a LTP de melocotón y pólenes de gramíneas, siendo negativo para otras frutas. Se realiza también la IgE específica de alimentos, siendo positiva la IgE Mal d3 de manzana y la IgE Pru p3 de melocotón. Con estos datos se le diagnosticó finalmente como anafilaxia por alergia a LTP de manzana (Mal d3) en presencia de cofactores (proceso infeccioso en tratamiento con amoxicilina).

Conclusiones. Las LTP (proteína de transferencia de lípidos) son una familia de polipéptidos termoestables y resistentes a la digestión con pepsina, lo que las convierte en potentes alérgenos alimentarios. En pacientes sensibilizados a LTP, las manifestaciones alérgicas pueden variar desde síntomas leves hasta anafilaxia grave. Estar sensibilizado a múltiples LTP's también aumenta la posibilidad de reacción grave, así como la presencia de cofactores (infección, ejercicio, ayuno), siendo este el caso de nuestra paciente. El diagnóstico molecular es una herramienta muy útil a tener en cuenta en casos complejos como este.

VÓMITOS Y DECAIMIENTO: LA IMPORTANCIA DE LA DIETA. *Roux Rodríguez A, Pablos López A, Hernández Pinchete S, Garrido Martín M, Alonso Díez C, Villalón Martínez MC, García Morán AM, Sánchez-Villares Lorenzo C. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es la presentación más grave de alergia gastrointestinal. Su forma aguda se presenta como vómitos repetidos entre 1-4 horas desde la ingesta del alérgeno, con palidez, decaimiento y otros signos de afectación sistémica. Los desencadenantes más frecuentes son las proteínas de la leche de vaca soja, cereales y huevo.

Caso clínico. Lactante de 4 meses previamente sana que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas por presentar 12-14 vómitos alimentarios, acompañados de palidez cutánea, hipotonía y letargia. El único cambio significativo había sido la introducción de fórmula de inicio, sin haber presentado sintomatología infecciosa o de otra índole. A su llegada se administra bolo de suero salino fisiológico a 20 ml/kg, mejorando el estado general, coloración y tono. Ante la ausencia de otra causa etiológica y cumpliendo criterios diagnósticos de FPIES, se da de alta a domicilio con muestras de fórmula hidrolizada. Ante el rechazo de la paciente, se introduce fórmula parcialmente hidrolizada, con reaparición de los síntomas que, aunque más leves, propiciaron tener que acudir de nuevo al servicio de urgencias. Actualmente se encuentra asintomática, en seguimiento por Digestivo Infantil con dieta estricta exenta de proteínas de leche de vaca.

Conclusiones. La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias es una entidad potencialmente grave, pero con un tratamiento dietético sencillo y efectivo: la retirada del alérgeno. Su diagnóstico es clínico y de exclusión, lo que supone un reto para el equipo médico, ya que sus síntomas son inespecíficos y pueden simular otras patologías como el shock.

EXANTEMA EN URGENCIAS... Y SI HABLAMOS DE PSEUDOANGIOMATOSIS ERUPTIVA. *Rubín Roger S, García Garrido E, Fernández Montes R, Murias Loza S, Simón Bernaldo de Quirós C, Fernández Díaz M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La pseudoangiomatosis eruptiva es un tipo de exantema poco frecuente, benigno y de carácter auto-limitado, que ocurre principalmente en niños. Se caracteriza

por brotes de lesiones eritematosas, máculo-papulosas, de 2-4 mm de diámetro que se asemejan a los angiomas cutáneos y que se localizan preferentemente cara y extremidades, desaparecen en el curso de varias semanas sin dejar cicatriz residual. Su etiología normalmente es viral, encontrando con mayor frecuencia a los Echovirus como agentes responsables. También se han visto casos producidos por VEB, CMV, adenovirus... y más actualmente por COVID-19.

Caso clínico. Niño de 5 años sano que acude al Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) derivado por su pediatra, por lesiones maculopapulares generalizadas de 5 días de evolución, con un tamaño de 2-3 mm de diámetro, predominio en tronco y raíces de miembros, de características no pruriginosas, no descamativas y no desaparecen a la vitropresión. Se aprecia punteado vascular periférico con aclaramiento central. Darier negativo. Los familiares comentan que cada lesión dura aproximadamente 3 días con aparición de nuevas lesiones a otros niveles. No ha presentado fiebre, no afectación general ni otra clínica asociada. A destacar en la exploración física enantema en paladar blando. Previamente hace 1 año había presentado un cuadro similar con persistencia de las lesiones durante 1 mes, sin fiebre ni otros síntomas. Se recogieron analíticas con resultados dentro de los límites de la normalidad y se solicitó interconsulta a Dermatología con confirmación de la sospecha diagnóstica.

Comentarios. Las lesiones exantemáticas, hoy por hoy, siguen suponiendo un reto diagnóstico en los SUP. Las series descritas en la literatura acerca de pseudoangiomatosis, son escasas y su etiología continúa sin estar bien establecida, en probable relación con infradiagnóstico. Aunque en apariencia se trate de un proceso banal, no lo es el hecho de poder ofrecer al paciente y su familia una explicación lógica. Serán necesarios más estudios y comunicaciones de casos para el mejor conocimiento de este proceso.

DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

Rubín Roger S, Calle-Miguel L, Elola Pastor AI, Jiménez Treviño S, Álvarez Merino M, Courel del Río V, Vazquez Villa JM, Vega López L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La fiebre de origen desconocido (FOD) tiene una etiología variada, siendo la patología infecciosa la primera causa. Las enfermedades autoinmunes y las neoplasias son infrecuentes, pero se diagnostican más habitualmente en el niño mayor y adolescente. Se presenta el caso de un diagnóstico poco frecuente de FOD en edad pediátrica.

Caso clínico. Niño de 12 años de origen cubano que ingresa para estudio de FOD. Anamnesis: fiebre diaria (37,5-38,5°C) de un mes de evolución, de predominio vespertino, asociado a pérdida de peso de unos 8 kg (atribuida a aumento de actividad física). No astenia, no clínica digestiva ni otra sintomatología asociada. Niega inicio de relaciones sexuales. Antecedentes personales: anodinos, último viaje a su país dos años antes, calendario vacunal actualizado, incluye primera dosis de vacuna anti-SARS-CoV-2 (administrada unos días antes del inicio de la sintomatología), no contacto con animales, excursión a zona rural, sin picadura de artrópodos. Antecedentes familiares: Abuela con hipotiroidismo, convivientes sanos, no tosedores crónicos. Exploración física: normal, salvo 2 pequeñas úlceras orales y una úlcera perianal con exudación. Pruebas complementarias de primer nivel (hemograma con frotis de sangre periférica, bioquímica, con reactantes de fase aguda, lactato deshidrogenasa, sedimento de orina radiografía de tórax, ecografía abdominal, serologías, quantiferón, cultivos de sangre y orina...) sin hallazgos significativos. Se realiza cribado de infecciones de transmisión sexual y determinación de calprotectina fecal (2.810 ug/g). Ante estos hallazgos, se realiza endoscopia digestiva con visualización de lesiones aftosas en estómago y recto, patrón en empedrado en ileon terminal y fístula entero-cutánea, con el diagnóstico de enfermedad de Crohn fistulizante. Se inicia tratamiento para el brote con corticoides y posteriormente tratamiento de mantenimiento con azatioprina.

Comentarios. El estudio de la FOD requiere una historia clínica detallada, una exploración física minuciosa por órganos y sistemas y la realización de pruebas complementarias orientadas según la sospecha etiológica. La enfermedad inflamatoria intestinal es una causa infrecuente de FOD en edad pediátrica.

ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA AL FINAL DE LA VIDA. EXPOSICIÓN DE UN CASO.

Andrés de Álvaro M¹, del Villar Guerra P¹, Cano Garcinuño A¹, Martínez Flórez A¹, Alonso Blázquez A¹, Centeno Malfaz F¹, González García H². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los Cuidados Paliativos se basan en la atención integral de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente con enfermedad incurable y su entorno. En pediatría, se contempla al niño y su familia como unidad. De esta forma, conocer las necesidades bási-

cas del niño y la dinámica del núcleo familiar, hace posible proporcionar una atención de mayor calidad.

Caso clínico. Niña de 5 años que se incluye en programa de Cuidados Paliativos Pediátricos, tras recaída de Tumor de Wilms sin posibilidad de tratamiento curativo. Al ingreso en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos se realiza valoración integral de la niña y su entorno, explorando las esferas clínica, psicológica, social y espiritual. Se identifican sus principales necesidades biopsicosociales y se realiza un plan de cuidados conjunto entre los diferentes profesionales que forman parte del equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos (pediatra, enfermera, psicólogo) y consensuado con la familia. Por deseo de la familia, se organiza la atención paliativa en el domicilio. Durante la fase de final de vida, reciben visitas médicas diarias, llamadas telefónicas, así como apoyo psicológico. El fallecimiento tiene lugar a los 7 días de la inclusión en el programa. La atención paliativa proporcionada, permite cumplir los deseos de la familia de fallecimiento en domicilio y sin sufrimiento. Actualmente, continúa la atención paliativa mediante el soporte psicológico en la fase de duelo.

Conclusiones. Para garantizar la atención integral en Cuidados Paliativos Pediátricos, es necesario el trabajo multidisciplinar y coordinado de diferentes especialistas, así como la adecuada gestión de los recursos sanitarios y sociales, que hagan posible la atención domiciliaria, cuando así lo deseen el paciente y su familia. El equipo de profesionales debe elaborar un plan de atención conjunto, contando siempre con la colaboración del paciente (cuando la edad lo permite) y su familia. Este plan debe adaptarse si las necesidades del paciente cambian. Los Cuidados Paliativos no finalizan con el fallecimiento del paciente, si no que continúan durante el duelo de la familia.

SÍNDROME NEFRÓTICO EN PÚRPURA DE SHÖNLEIN-HENOCH INFANTIL. Sáez García LM¹, Gutiérrez Zamorano M¹, Alonso Ferrero J¹, Garrote Molpeceres R², Bartolomé Cano ML¹, Pino Vázquez MA¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) o vasculitis por IgA es una vasculitis sistémica de pequeño vaso caracterizada por el fenómeno de leucocitoclastia y depósito de complejos inmunes de IgA1 en la pared vascular. Las manifestaciones renales en la PSH infantil se registran en el 20-55% de casos, siendo el factor pronóstico más importante.

Caso clínico. Niña de 5 años diagnosticada de púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) revisada en consulta de Nefrología Pediátrica en septiembre de 2018 con sistemático de orina y función renal inicialmente normales. Presentaba dolor articular, pautando tratamiento con prednisona oral (0,5 mg/kg/día). A los 5 días reconsulta por abdominalgia, edemas pretibiales y persistencia del dolor articular, por lo que ingresa. La bioquímica sanguínea mostró aumento de productos nitrogenados con insuficiencia renal aguda. El urinálisis mostró hematuria microscópica y proteinuria en rango nefrótico. Se realizó ecografía abdominal, siendo normal. Se asoció tratamiento con IECA y se decidió realizar biopsia renal, que fue compatible con nefritis de Schönlein-Henoch. Se administró corticoterapia oral con protección gástrica y profilaxis antiosteoporótica según protocolo de sd nefrótico infantil. Ante ausencia de respuesta precisó un ciclo de 8 semanas de ciclofosfamida, con remisión del sd nefrótico, desaparición de la hematuria y normalidad de la función renal. Tras 2 años en remisión, la paciente presentó un 2º brote de PSH en contexto infeccioso respiratorio, con reaparición de sd nefrótico corticorresistente, con respuesta parcial a micofenolato mofetilo oral, precisando tacrolimus oral para inducir remisión.

Conclusiones. Las manifestaciones renales en la PSH infantil aparecen en el 20-55% de casos, siendo el factor pronóstico más importante. En ella se produce una glomerulonefritis por depósito de IgA mesangial que conduce a esclerosis progresiva. Hasta un 20% desarrollarán síndrome nefrítico/nefrótico de mal pronóstico, como nuestra paciente, con corticorresistencia y necesidad de inmunoterapia. Su diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para mejorar el pronóstico vital de estos niños.

UN INESPERADO CASO DE ESCROTO AGUDO. Gutiérrez Zamorano M, Carranza Ferrer J, Molina Vázquez M E, Izquierdo Herrero E, Sánchez Abuín A, Nieto Sánchez R, Ortega Vicente E, García Saseta P. Servicio de Cirugía Pediátrica; Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La torsión del cordón espermático y su contenido supone una urgencia urológica común, con una incidencia anual al menos de 3,8/100.000 varones <18 años. Se presenta con una incidencia bimodal: del 5-12% durante el primer año de vida (de los cuales el 57% ocurren prenatalmente o durante el primer mes, denominándose de torsión neonatal) y un segundo pico durante la adolescencia temprana. Los mecanismos, factores predisponentes, semiología

y hallazgos quirúrgicos en ambos grupos han sido ampliamente estudiados por separado en numerosas publicaciones dado las diferencias encontradas cuando son comparados.

Caso clínico. Varón de 14 meses, en seguimiento en consultas externas por hidrocele derecho con ambos testes en bolsa que acude a Urgencias por aumento de tamaño de la bolsa escrotal, fluctuante, sin cambios de coloración ni irritabilidad. En la exploración física presentaba hidrocele derecho sin conseguirse identificar teste, con escroto y testículo izquierdo normales. La ecografía confirmó un abundante hidrocele derecho que producía el rechazo del teste ipsilateral en sentido caudal, levemente comprimido pero conservando estructura y vascularización. Fue dado de alta con instrucciones de reconsultar si cambios de color, aumento del volumen o irritabilidad. Cuatro días después reacuden por cambios de coloración en testículo izquierdo, de inicio 24 horas previas, e irritabilidad asociada. El testículo se encontraba elevado, aumentado de volumen y de color violáceo, muy doloroso y sin reflejo cremastérico; Score Twist. 5. La ecografía reveló la rotación del teste izquierdo sobre su eje sin vascularización en el doppler, con teste derecho sin cambios respecto a estudio previo. Se detorsiona manualmente en quirófano sin signos de reperfusión por lo que se realiza orquiectomía izquierda. Se liga el conducto peritoneo vaginal derecho con hidrocelectomía y orquidopexia derecha.

Conclusiones. Las causas más frecuentes de escroto agudo en la infancia varían con la edad. La criptorquidia es el factor predisponente más frecuente, responsable de >50% de las torsiones en el primer año de vida y que aumenta x10 el riesgo de padecerla. Lo singular de este caso es el rango de edad tan inusual en el que se ha producido la torsión sin encontrarse ninguna condición que favoreciera su aparición. No hemos encontrado en la literatura el reporte de ningún caso similar. La escasa ventana de tiempo desde la torsión hasta la instauración de la isquemia hace necesario su manejo precoz. En nuestro caso, y a pesar de haber sido informada la familia de los signos a vigilar, la ausencia de conciencia sobre la torsión produjo retraso diagnóstico incrementado a su vez por la inusual edad de presentación, lo que jugó un papel determinante para salvaguardar la integridad testicular.

NECROSIS GRASA SUBCUTÁNEA Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDO CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA, FETOPATÍA DIA-BÉTICA E HIPOTERMIA ACTIVA. Aldana Villamañán I, Garcia Barbero E, Urueña Leal C, Matías del Pozo V, Sánchez Mínguez A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La necrosis grasa subcutánea es una paniculitis del tejido celular subcutánea poco frecuente. Suele desarrollarse en los primeros 7 días de vida en recién nacidos a término. Se han descrito múltiples factores de riesgo, incluyendo factores maternos como diabetes gestacional, preeclampsia, uso de cocaína y factores neonatales, tales como asfixia, aspiración de meconio e hipotermia terapéutica. El curso suele ser autolimitado, con resolución espontánea, pero pueden presentar complicaciones importantes que debemos conocer.

Caso clínico. Recién nacido a término, varón, de 38 semanas, peso elevado y madre diabetes mellitus tipo 1. Hipoxia-perinatal tras distocia de hombros que precisa de extracción fetal urgente mediante cesárea. Apgar 0-0-5-5, pH cordón 6,7. Requiere intubación orotraqueal, masaje cardíaco y 3 dosis de adrenalina. Cumple criterios de encefalopatía hipóxico-isquémica grave, iniciándose hipotermia activa a las 2 horas de vida, se mantiene durante 72 horas. A los 10 días se evidencian bultomas subcutáneos en diferentes localizaciones, no fluctuantes, leve eritema en piel suprayacente sin signos de sobreinfección. Se realiza ecografía de los bultomas sugestivos de necrosis grasa subcutánea. Ante el riesgo de hipercalcemia se decide no iniciar profilaxis con Vitamina D. Controles seriados de calcio, fósforo y Vitamina D, normales. Presenta fosfatasa alcalina elevada inicialmente, con descenso progresivo. Se completa estudio con PTH y calcitonina, con resultados normales.

Conclusiones. La necrosis grasa subcutánea es una patología que debe buscarse activamente en aquellos niños que presentan factores de riesgo para su desarrollo, máxime cuando han sido sometidos a hipotermia terapéutica activa. En la mayoría de los casos no requiere tratamiento, pero en ocasiones puede provocar tanto complicaciones locales como metabólicas siendo la hipercalcemia, la complicación más frecuente y grave. En estos niños debe vigilarse de forma seriada los niveles calcio, fósforo y Vitamina D, tanto como vigilar la introducción de fuentes exógenas de calcio.

ANEMIA SEVERA CRÓNICA Y PLASTRÓN ABDOMINAL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIVERTÍCULO ME MECKEL. Sánchez Pulido LJ, Pérez Costoya C, Gómez Farpón A, Parada Barcia A, Calvo Penín C, Álvarez Muñoz V, Enríquez Zarabozo EM. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El divertículo de meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal, afectando hasta el 2% de la población, como manifestación clínica más

frecuente está descrita la hemorragia indolora. A pesar de ser una patología relativamente frecuente, su diagnóstico y tratamiento en ocasiones puede ser bizarro, requiriendo un alto índice de sospecha clínica.

Caso clínico. Paciente de 5 años de edad que acude a Urgencias derivada de otro hospital por cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución, asociado a anemia severa. La paciente estaba en seguimiento por anemia severa carencial por dieta rica en fitatos y pobre en fuentes de hierro, además de pérdida de 3 kg en los últimos 6 meses. A su ingreso el examen físico destacaba palidez marcada y dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha. Se realiza ecografía y TAC abdominales observándose plastrón inflamatorio posiblemente secundario a diverticulitis en divertículo de Meckel con perforación contenida. Dada estabilidad de la paciente y al gran componente inflamatorio intestinal se decide iniciar tratamiento conservador con antibiótico de amplio espectro por 10 días y nutrición parenteral, presenta significativa mejoría, por lo que luego es llevada a cirugía para resección intestinal de divertículo de Meckel y perforación ileal lográndose realizar anastomosis termino terminal. La paciente posteriormente presenta una adecuada evolución.

Conclusiones. El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal, en la población pediátrica la gran mayoría es asintomático y su hallazgo es casual. Las manifestaciones clínicas principalmente se derivan de una complicación sea anemia, obstrucción o perforación. Su diagnóstico puede ser un reto en casos de anemia sin evidencia de sangrado o dolor abdominal crónico.

ERITRODERMIA Y AMPOLLAS. *García Barbero E, Rodríguez del Rosario S, Llorente Sanz B, Gutiérrez Zamorano M, Vázquez Martín S, Pérez Gutiérrez E, Garrote Molpeceres R, Carranza Ferrer J. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El síndrome de la piel escaldada estafilocócica es una enfermedad ampollosa producida por toxinas exfoliativas de determinadas cepas de *Staphylococcus aureus*. Las manifestaciones clínicas son consecuencia de la actividad proteasa y epidermolítica de dichas toxinas, habiendo sido identificadas en humanos dos tipos, ETA y ETB. Más frecuente en neonatos y niños menores de 5 años debido al menor estado de inmunización y menor aclaramiento renal de las toxinas, condición que predispone a formas más graves de la enfermedad y a complicaciones, principalmente deshidratación y sobreinfección. Aunque es una entidad rara,

varios trabajos europeos describen una incidencia creciente en los últimos años.

Caso clínico. Niño de 3 años, raza negra, traído al Servicio de Urgencias por lesiones cutáneas de inicio 6 días antes en región peribucal, con diseminación posterior a hombro, espalda y extremidades. Presenta afectación del estado general e irritabilidad. Las lesiones son descritas inicialmente como ampollas, muy friables con evolución progresiva a una fase costrosa. Presenta importante xerosis cutánea con estigmas atópicos cicatriciales y numerosas lesiones por rascado. A nivel facial asocia edema palpebral y labial con fisuramiento de labios sin presentar afectación conjuntival. Se objetiva una eritrodermia generalizada con despegamiento epidérmico ante mínimas fricciones cutáneas. No presenta afectación de mucosa oral o genital y se constata febrícula. Presenta discreta leucocitosis con fórmula normal sin elevación de reactantes de fase aguda, siendo el hemocultivo, frotis faríngeo y nasal negativos. Ante la sospecha de Síndrome de la piel escaldada estafilocócica se inicia antibioterapia con cloxacilina intravenosa con buena respuesta. Los síntomas sistémicos desaparecieron y la piel se descamó sin dejar cicatriz.

Conclusiones. El síndrome de la piel escaldada estafilocócica es poco frecuente en nuestro país, aunque su incidencia está en aumento al igual que las resistencias de *S. aureus* a la meticilina. Ante todo cuadro sospechoso debe iniciarse tratamiento con cloxacilina previa recogida de cultivo nasal, faríngeo y conjuntival, aunque con frecuencia los resultados son negativos. No debe realizarse cultivos de las lesiones, ya que son producidas por las toxinas y no por la propia colonización bacteriana. Técnicas de detección molecular de las toxinas no son usadas de rutina. Presenta resolución tras iniciar tratamiento con cloxacilina, reservando la vancomicina para los casos de evolución tórpida persistencia de síntomas sistémico, o cepas resistentes.

MANEJO DE LAS VÁLVULAS DE URETRA POSTERIOR CON REPERCUSIÓN RENAL IMPORTANTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS. *Pérez Costoya C, Gómez Farpón A, Granell Suárez C, Ordóñez Álvarez FA, Sánchez Pulido LJ, Parada Barcia A, Calvo Penín C, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las válvulas de uretra posterior (VUP) son la causa más frecuente de obstrucción congénita del tracto urinario. El daño renal puede estar presente al nacimiento y lleva a enfermedad renal crónica hasta en el 8% de los casos.

El diagnóstico es en muchos casos prenatal. En el periodo postnatal se debe realizar una ecografía a las 48 horas de vida, cistografía para confirmación diagnóstica, y bioquímica para evaluar la función renal. Para evitar la progresión del daño se debe realizar un sondaje vesical al nacimiento.

Casos clínicos. Caso 1. Recién nacido varón con sospecha prenatal de VUP y sondaje dificultoso al nacimiento, realizándose una perforación uretral accidental. A las 48 horas de vida precisa colocación de catéter de diálisis peritoneal por insuficiencia renal aguda, con anuria desde el nacimiento y aumento de las cifras de Cr hasta 1,79 mg/dl. Al mes de vida se retira el catéter de diálisis peritoneal por normalización del valor de Cr y mejora ecográfica del aspecto renal. El paciente permanece con sondaje uretral hasta ablación de las VUP a los 7 meses. Actualmente asintomático, sin observarse hidronefrosis en la ecografía de control a los 2 meses de la intervención.

Caso 2. Recién nacido varón con diagnóstico prenatal de VUP que durante los primeros 10 días de vida presenta aumento progresivo de las cifras de Cr hasta 5 mg/dl a pesar de sondaje uretral. Asocia reflujo vésicoureteral con importante ureterohidronefrosis bilateral, adelgazamiento cortical e infección del tracto urinario. Ante el aumento de la Cr, se realiza una derivación de la vía urinaria mediante pielostomías bilaterales al 12 día de vida. Posterior disminución de la Cr hasta 3,19 mg/dl, pero ante la falta de normalización se decide colocar un catéter de diálisis peritoneal al mes de vida. Actualmente, a los 8 meses de vida, el paciente se encuentra en enfermedad renal crónica estadio 5D pendiente de trasplante renal, con cifras de Cr que no descienden de 2,3 mg/dl a pesar de la diálisis peritoneal.

Conclusiones. La afectación renal en los pacientes con VUP puede ser en muchos casos importante ya al nacimiento, por lo que un manejo adecuado y la derivación precoz de la vía urinaria son fundamentales para intentar prevenir el deterioro progresivo de la función renal. En caso de que a

los 15 días de vida la creatinina sérica (Cr) sea $>0,8$ mg/dl, si no es posible realizar una ablación primaria de las VUP, estaría indicado realizar una derivación de la vía urinaria mediante pielostomía, ureterostomía o vesicostomía para la protección renal.

TRANSFUSIÓN FETO FETAL. RIESGOS PARA LOS RECIÉN NACIDOS. *García Barbero E, Aldana Villamañán I, Espinoza Leiva A, Llorente Sanz B, Urueña Leal C, Matías del Pozo V, Villa Francisco C. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El síndrome de transfusión feto fetal es una complicación grave de las gestaciones gemelares monocoriales. Se debe a la transfusión de sangre del feto donante, al feto receptor; a través de anastomosis vasculares placentarias. En el feto receptor, se observa polihidramnios relacionado con la poliuria por hipervolemia, con riesgo de insuficiencia cardíaca, poliglobulia y fenómenos trombóticos. En el feto donante, se caracteriza por oligoamnios, oliguria, anemia, crecimiento intrauterino retardado e hipovolemia. El diagnóstico es ecográfico. Existe posibilidad de tratamiento intraútero, siendo aun así la tasa de mortalidad elevada, con mayor riesgo para el gemelo receptor. Una vez se ha producido el nacimiento, el tratamiento va dirigido a las complicaciones.

Caso clínico (Figs. 1, 2 y 3). Embarazo controlado, gemelar monocorial biamniótico. Diagnóstico de transfusión feto-fetal en tercer trimestre. Cesárea a las 36 semanas. Primer gemelo, donante, Apgar 9/10, no precisa reanimación. Peso al nacimiento 1.600 g (percentil <3). Hemoglobina al nacimiento 5,9 g/dl, hematocrito 21%. Se realiza transfusión de hematíes con resolución de la anemia. Se realizan cuidados habituales del recién nacido CIR sin presentar complicaciones reseñables. Segundo gemelo, receptor. Apgar 9/10, no



Figuras 1, 2 y 3.

precisa reanimación. Peso al nacimiento 2.360 g (percentil 10-25). Hemoglobina 24,5 g/dl, hematocrito 74,4%. Se realiza exanguinotransfusión parcial. Durante el procedimiento sufre episodio de bradicardia y aparición de lesiones equimóticas en la piel. FC 90-100 lpm precisando ventilación con ambú y ventilación mecánica no invasiva en UCI. A las 48 horas presenta abdomen agudo con neumoperitoneo. En la cirugía se evidencian 2 perforaciones, se resecan y realizan yeyunostomía. Cierre al mes de vida sin complicaciones.

Conclusiones. El síndrome de transfusión feto fetal tiene una alta tasa de complicaciones y hasta un 30-40% de los recién nacidos vivos presentan secuelas. El manejo de las complicaciones ocasiona riesgos importantes, a destacar en nuestro caso los riesgos de la exanguinotransfusión; fenómenos trombóticos, vasomotores, arritmias, enterocolitis necrotizante y shock entre otros.

COARTACIÓN DE AORTA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN UNA PACIENTE DE EDAD ESCOLAR. *López de Viñaspre M, Viadero Ubierna MT, Santos Lorente C, de Lamo González E, Fernández Suárez, N Garde Basas J, Pastor Tudela A, Frank de Zulueta P. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La coartación de aorta es un estrechamiento de la aorta que causa obstrucción al flujo sanguíneo. Se localiza típicamente en la aorta torácica descendente, distal al origen de la arteria subclavia izquierda. La presentación clínica depende de la severidad de la lesión, siendo los signos más característicos la hipertensión arterial con gradiente tensional y la diferencia de pulsos entre extremidades superiores e inferiores. Los casos más severos suelen manifestarse en las primeras semanas de vida. La ecocardiografía doppler y la angiografía RMN son las técnicas fundamentales de diagnóstico. El tratamiento corrector puede ser quirúrgico o intervencionista.

Caso clínico. Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de coartación aórtica a los 8 años. Como antecedente, presenta desde los 3 meses hemiparesia izquierda de etiología no filiada y con alteración de neuroimagen (hemiatrofia cerebral derecha en relación a lesiones de aspecto isquémico establecido). Con 8 años comienza con crisis de cianosis y frialdad acra en extremidades inferiores, sin desencadenante aparente. Es valorada en Cardiología Infantil, presentando TA ESD: 108/75 mmHg. TA EID: 85/61 mmHg. TA ESI: 112/72 mmHg. TA EII: 85/53 mmHg. AC: soplo sistólico II/VI en hueco supraesternal e irradiado a TSAo. Pulsos palpables en EESS, disminuidos de intensidad en EEII aunque presentes y simétricos. Ecocardiograma con

evidencia de estrechamiento inmediatamente distal al tercer TSAo con diámetro crítico de 3mm y gradiente máximo de 55-65 mmHg con cola diastólica y pérdida de la pulsatilidad de la aorta abdominal, con amplitud del flujo disminuida. La angiografía RMN confirma coartación aórtica severa, estimándose estenosis del 80% e importante desarrollo de circulación colateral a expensas de arteria subclavia izquierda. Se deriva a centro de referencia, donde se realiza corrección percutánea (angioplastia con colocación de stent), con evolución favorable y desaparición de los episodios de cianosis.

Conclusiones. A pesar de ser una presentación atípica, las crisis de cianosis periférica pueden corresponder a una forma de manifestación de coartación aórtica severa muy evolucionada y debe sospecharse. En nuestro caso este fue el signo de alarma, a pesar de no debutar con HTA a consecuencia de la importante circulación colateral que había desarrollado.

SUBLUXACIÓN ROTATORIA ATLO-AXOIDEA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE TORTÍCOLIS EN LA INFANCIA. *Romano Medina A¹, Carranza Ferrer J¹, Izquierdo Herrero E¹, Goz Sanz MC¹, Rodríguez del Rosario S¹, Bartolomé Albistegui MJ¹, García Montero M¹, Cobreros García P². ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.*

Introducción. La tortícolis es un motivo de consulta frecuente en pediatría, siendo la subluxación atloaxoidea una causa infrecuente que se suele diagnosticar de forma tardía.

Caso clínico. Se presenta una paciente de 6 años que acudió a Urgencias por dolor cervical derecho de 24 horas de evolución. Posteriormente apareció desviación cervical, decaimiento, somnolencia y vómitos no proyectivos. La familia no refería sintomatología ni traumatismo previos. En la exploración física se apreció inestabilidad general con lentitud psicomotora y tendencia al sueño, así como alteración de la marcha sin otras alteraciones neurológicas. Además, asociaba cierto trismus y dificultad para la apertura de la cavidad bucal. Se realizó TAC craneal en la que se observaba alteración de la alineación de cuerpos vertebrales C1 y C2, correspondiente con subluxación rotatoria atlo-axoidea. Se contactó con Traumatología y se acordó ingreso, colocándose collarín rígido. Durante el ingreso la madre refiere traumatismo previo presenciado por su hermano y no presenciado por los padres (torsión cervical tras caída sobre la cabeza). La evolución de la paciente fue adecuada, con buen control de dolor con analgesia y en TAC de control se observó reducción de la subluxación C1-C2 rotatoria. Fue dada de

alta a domicilio con collarín cervical rígido y control en las consultas de Traumatología. Dos días después de la retirada del collarín acudió de nuevo a Urgencias por intenso dolor cervical, náuseas e impotencia funcional de extremidades superiores. En TAC cervical se apreció de nuevo subluxación rotatoria atlo-axoidea por lo que la paciente precisó nuevo ingreso con collarín rígido y control de dolor. Tras el alta se realiza seguimiento en consultas de Traumatología con buena evolución sin nueva sintomatología.

Conclusión. Debe sospecharse subluxación atlo-axoidea en pacientes con tortícolis de evolución tórpida. La etiología puede ser traumática (generalmente traumatismos leves) o atraumática (destacando cirugías o infecciones otorrinolaringológicas). La TAC cervical es la prueba de imagen de elección y el pronóstico está determinado por un diagnóstico y tratamiento precoces aunque la mayoría de pacientes evolucionan favorablemente hacia la resolución espontánea con tratamiento conservador.

Presentación de proyectos financiados por la Fundación

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DECISIÓN E INTERPRETACIÓN CLÍNICA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL FOTORREFRACTÓMETRO PLUSOPTIX EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Martín Herranz R¹, Vázquez Fernández ME², Sánchez Pavón I¹, Blanco Vázquez M³, Casares Alonso I⁴, Pérez García I⁵, Fierro Urturi A⁶, García de Ribera C⁷, Sacristán Martínez A⁸, Barbero Rodríguez AM⁵, González Bueno P¹, Vicario Castrillo M¹.* ¹Grupo Investigación Optometría. IOBA. Universidad de Valladolid. ²Centro Salud Circunvalación. Valladolid. ³GSO IOBA. Universidad de Valladolid. ⁴Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. ⁵Centro de Salud Covaresa. Valladolid. ⁶Centro de Salud Pisuerga. Valladolid. ⁷Centro de Salud Rondilla. Valladolid. ⁸Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Objetivo. La exploración visual de la población pediátrica supone un reto en las consultas de Pediatría de Atención Primaria para identificar los niños con riesgo de desarrollar ambliopía y/o estrabismo. El objetivo del proyecto ha sido analizar la aplicación de la fotorrefracción para su uso en las consultas de Pediatría de Atención Primaria que ayude a disponer de un criterio de screening claro, eficaz y seguro para la detección de niños que precisan una exploración oftalmológica por ambliopía y/o estrabismo.

Material y método. Se ha incluido la fotorrefracción (PlusOptiX A12c, PlusOptiX GmbH, Alemania) en el protocolo de exploración pediátrica habitual de 134 niños atendidos en los centros de salud de Valladolid de Arturo Eyries (42), Covaresa (34), Huerta del Rey (31), Rondilla 2 (13) y Pisuerga (14) para comparar dos algoritmos de clasificación con el criterio del Pediatra. Adicionalmente se analizó la opinión de 8 pediatras (escala Likert de 1 a 7) antes y después de usar el equipo en sus consultas.

Resultados. El Algoritmo 1 mostró un 82% de concordancia con la valoración de los pediatras, una sensibilidad

del 92%, especificidad de 13%, VPP de 89% y VPN de 18% (P=0,51) mientras que el Algoritmo 2 mostró un 60% de concordancia, una sensibilidad del 60%, especificidad de 63%, VPP de 92% y VPN de 18% (P=0,09). Los pediatras valoran que los resultados de la fotorrefracción les parecen de confianza (6,4±0,5 moda 6), reduciría el tiempo de consulta (6,4±0,7 moda 7), y ayudaría a reducir las interconsultas con el servicio de oftalmología (6,3±0,5 moda 6). El 100% recomendaría su uso en sus consultas.

Conclusiones. El uso de la fotorrefracción en atención primaria pediátrica podría mejorar la exploración visual infantil y la derivación al profesional especialista en oftalmología. Se necesitan más estudios que analicen la sensibilidad y especificidad en población con problemas de ambliopía y/o estrabismo para confirmar el mejor algoritmo de análisis.

DIFERENCIAS EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA. *Grupo de estudio de Calidad de Vida Relacionada con la salud y Diabetes: Alonso Rubio P¹, Bahillo Curieses MP², Prieto Matos P³, Prado Carro AM⁴, Rodríguez Estévez A⁵, Chueca Guindulain MJ⁶, Díez López I⁷, Riaño Galán I⁸.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Teresa Herrera. A Coruña. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. ⁶Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁷Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. ⁸Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

TABLA I

	MDI + MGF n= 132	ISCI + MGF n= 41	ISCI + MCG n= 24	Nivel de significación
HbA1c (%)	7,12 (0,86)	6,90 (0,59)	7,21 (0,59)	0,21
TIR	55,76(18,35)	58,97 (10,52)	64,53 (14,84)	0,05
T. Hiperglucemia	38,86(19,17)	33,04 (13,149)	32,05 (15,26)	0,07
T. Hipoglucemia	5,37 (4,76)	7,99 (5,25)	3,42 (3,07)	0,00

Introducción. Los niños y adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) pueden presentar diferencias en el control glucémico en función del tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) o con una bomba de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). Los sistemas de monitorización intersticial de glucosa (MIG) aportan más información acerca del control glucémico que la hemoglobina glicosilada (HbA1c), ya que permiten cuantificar el porcentaje de mediciones de la glucosa intersticial en objetivos glucémicos, definido como tiempo en rango (TIR), así como el tiempo transcurrido en hiperglucemia e hipoglucemia.

Objetivos. Analizar el control glucémico en función del tratamiento y tipo de dispositivo de MIG en pacientes pediátricos en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio transversal mediante recogida de variables de control glucémico y en niños y adolescentes españoles con DM1 entre 8 y 18 años, en seguimiento en Unidades de Diabetes Infantil de 12 hospitales. Los pacientes fueron reclutados mediante muestreo consecutivo hasta un número mínimo de 15-20 pacientes por centro. Se recogió el valor de la última HbA1c realizada, el TIR (glucosa intersticial entre 70-180 mg/dl), el tiempo en hiperglucemia e hipoglucemia de las últimas dos semanas mediante las plataformas de descarga de distintos sistemas de MIG. Estadística realizada mediante el programa SPSS v.22.

Resultados. De un total de 213 pacientes, tras excluirse 16 casos, conformaban la muestra final 197 pacientes (51% varones) con una edad media de $12,69 \pm 2,38$ años. En la *tabla I* se muestran las diferencias en el control glucémico en función del tratamiento y monitorización glucosa tipo flash (MGF) o monitorización continua de glucosa (MCG).

Conclusiones. El grupo de pacientes en tratamiento con ISCI + MCG tienen mayor porcentaje de TIR y menor tiempo en hipoglucemia que los pacientes con MDI + MGF y ISCI + MGF. Los 3 grupos tienen valores medios de HbA1c similares y menores de 7,5%, clásicamente indicativos de buen control, que sin embargo no reflejan las diferencias

encontradas en el TIR, mejor indicador actual de buen control metabólico.

ANÁLISIS DE LA CINÉTICA DE LA CARGA VIRAL Y ACLARAMIENTO DEL VIRUS DE LA GRIPE Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MANEJO AMBULATORIO VS HOSPITALIZADOS. *Sánchez Sierra MN¹, Matías Del Pozo V¹, Sanz Muñoz P², López Casillas P¹, Alonso Ferrero J¹, Rojo Rello S³, De la Huerga López A⁴, Domínguez-Gil González M⁵.*

¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Centro Nacional de Gripe. ⁴Servicio de Pediatría; ⁵Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Conocer la dinámica clínico-viroológica de las infecciones por gripe en pacientes pediátricos hospitalizados vs no hospitalizados.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional-analítico de cohortes. Pacientes <14 años con diagnóstico clínico-microbiológico de infección por gripe: cohorte1, ingresados; cohorte2, atendidos en urgencias con manejo ambulatorio, durante dos temporadas 2019-2020 y 2020-2021. Recopilación de variables clínicas y análisis de la carga viral (CV) mediante PCR a tiempo real en muestras respiratorias. Se realizó un muestreo múltiple en 4 tomas consecutivas separadas por cuatro días cada una hasta negativización de la muestra. Análisis estadístico (SPSSv23.0.) de las variables y su relación con la CV y periodo de excreción viral (PEV).

Resultados: Se reclutaron 32 pacientes (8 cohorte1; 24 cohorte2), durante la temporada 2019-2020. Mediana de edad cohorte1: 2,2 años (0-4), 75% varones vs cohorte2: 4 años (0-13), 50% varones. Solo un paciente de la cohorte2 había recibido vacunación antigripal. El 62,5% y 92%, consultaron en los primeros 7 días del inicio de síntomas, siendo la fiebre (100%) y clínica respiratoria (100% vs 87,5%), los síntomas predominantes. Un 56% presentaron gripe A(H1N1) y 44%

gripe B, con predominio de gripe A(H1N1) en el grupo de hospitalizados (75%) así como mayor asociación con coinfecciones (viral 62,5% vs 33%; bacteriana 37,5% vs 0). La mayor CV se observó en la primera determinación en el 87,5%, disminuyendo posteriormente, sin encontrar diferencias en ambas cohortes ($p > 0,05$). El 87,5% de ambas cohortes, presentaron PEV superiores a 7 días desde el inicio de síntomas, denominándoles largos excretores. Un 75% de los casos de la cohorte1 preció soporte respiratorio y el 83% de ellos ingreso en UCI (estancia media: 5,6 días (IC95%: 0-12)). La estancia media hospitalaria fue 11,1 días (IC95%: 2-17). Todos los pacientes ingresados excepto uno presentaron alguna complicación, siendo éxitos uno de ellos. El tiempo de absentismo laboral de los padres fue mayor en la cohorte1 de forma estadísticamente significativa (T-student; $p = 0,007$).

Conclusiones. Los pacientes pediátricos que ingresan por gripe tienen menor edad, predomina la variante A(H1N1), asocian más coinfecciones microbiológicas y producen mayor absentismo laboral. A pesar de que este grupo presentó una mayor gravedad y tasa de complicaciones, no parece que esto se asocie a una mayor CV. Más de la mitad de los pacientes de ambas cohortes (87,5%) fueron largos excretores, lo cual apoya la idea de que los niños presentan PEV más prolongados, y parece independiente de la necesidad de manejo ambulatorio u hospitalizado.

IMPACTO DEL TABAQUISMO PASIVO EN EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA. Bermúdez Barrezueta L, Pino Vázquez A, López Casillas P, Torres Ballester I, Trapiello Fernández W, Gutiérrez Zamorano M, Sáez García L, González García H. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivo. Evaluar el efecto del tabaquismo materno y/o paterno sobre el desarrollo y evolución de la bronquiolitis aguda, utilizando la cotinina como biomarcador de tabaquismo pasivo.

Metodología. Estudio observacional, prospectivo, tipo caso-control, que incluyó casos de lactantes con bronquiolitis y controles con edad <24 meses sin patología respiratoria, ingresados en un hospital terciario desde octubre 2017 a marzo 2020. Se extrajo analítica sanguínea al ingreso para determinación de niveles de cotinina (metabolito de la nicotina). Valores >10 ng/ml indicaron tabaquismo pasivo. Se realizó encuestas a los padres acerca del hábito tabáquico actual y durante la gestación. La evolución y gravedad de la bronquiolitis se determinó en base a días de hospitalización

y necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Se realizó análisis de regresión logística (RL) para evaluar el tabaquismo pasivo pre y postnatal como predictores de ingreso en UCIP.

Resultados. Se incluyeron 190 pacientes, 122 casos y 68 controles. La mediana de edad fue de 2,9 meses (RIQ 1,2-7,5) y de peso 5,4 kg (RIQ 4-7). El 19,5% de las madres y 34,7% de los padres declararon hábito tabáquico, 41,6% de lactantes tenían algún progenitor fumador y en 12,6% sus dos progenitores fumaban. El 14,2% de las madres fumaron durante la gestación. El 52% de lactantes con bronquiolitis estaban expuestos de alguna forma al tabaco vs el 29% de los controles (OR de 2,56; IC95% 1,36-4,82, $p = 0,003$). Se detectó cotinina en 24 lactantes (12,6%) con una media de 37,6 ng/ml (IC95% 22,9-52,3). El 51,4% de hijos de madres fumadoras y 54,2% de niños con 2 progenitores fumadores tuvieron niveles de cotinina detectable. En el grupo de bronquiolitis se observó mayor porcentaje de detección de cotinina en comparación con los controles (15,6% vs 7,4%; $p = 0,10$). Los pacientes con bronquiolitis y cotinina detectable tuvieron mayor estancia hospitalaria que aquellos en los que no se halló este metabolito (8 vs 6 días; $p = 0,14$). Este hallazgo fue significativo en pacientes ingresados en UCIP con una mediana de 16 días de hospitalización en niños con cotinina positiva vs 10 días en aquellos con cotinina negativa ($p = 0,038$). El análisis de RL multivariante demostró que el hábito tabáquico materno durante la gestación es un factor de riesgo independiente de ingreso en UCIP (OR 2,64; IC95% 1,01-6,7).

Conclusiones. Los niños expuestos al humo del tabaco presentan mayor riesgo de ser hospitalizados por bronquiolitis y el tabaquismo pasivo prenatal constituye un factor pronóstico de gravedad. La detección de cotinina en sangre como biomarcador de tabaquismo pasivo en niños con bronquiolitis se relaciona con una estancia hospitalaria más prolongada, especialmente en pacientes graves ingresados en UCIP.

CONSUMO DE ANTIBACTERIANOS DE USO SISTÉMICO EN ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS EN EL PERIODO 2005-2018. Calle-Miguel L¹, García García E², Vicente Martínez C¹, Iglesias Carbajo AI³, Modroño Riaño G⁴. ¹Área de Gestión Clínica de Pediatría; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Laviada. Gijón. ⁴Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción y objetivos. El consumo de antibacterianos en España es elevado y más del 90% de las prescripciones se realizan en ámbito extrahospitalario, con una alta variabilidad entre regiones sanitarias. La exposición a antibióticos en la edad infantil es alta. El objetivo de este estudio es describir el consumo extrahospitalario de antibacterianos en la población pediátrica del Principado de Asturias entre 2005 y 2018 y su variabilidad entre áreas sanitarias.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo del consumo de antibacterianos de uso sistémico (grupo J01 de la clasificación ATC, Anatomical Therapeutic Chemical Classification) en ámbito extrahospitalario en la población pediátrica (0-13 años) del Principado de Asturias entre 2005 y 2018, medido en número de dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). Análisis evolutivo del consumo, comparado en tres periodos de tiempo, y de las diferencias entre las ocho áreas sanitarias del Principado de Asturias.

Resultados. El consumo medio de antibacterianos en la población pediátrica asturiana (2005-2018) fue de 14,0 DHD (IC95% 13,4-14,6), con un aumento hasta 2009 (15,2 DHD) y

descenso a partir de 2015 (11,9 DHD en 2018), y predominio del grupo β -lactámicos penicilinas (10,7 DHD). A lo largo del estudio se detectó: 1) un aumento del consumo de amoxicilina ($p=0,027$), que superó al de amoxicilina-clavulánico desde el año 2011; 2) un consumo estable de macrólidos, con un aumento de azitromicina ($p<0,001$) y un descenso de claritromicina ($p=0,001$); 3) un descenso del consumo de cefalosporinas ($p<0,001$); 4) un aumento del consumo de quinolonas ($p=0,002$). El consumo medio experimentó diferencias estadísticamente significativas entre las áreas de mayor y menor consumo (Avilés, 19 DHD; Oviedo, 11,5 DHD). Se observó una amplia variabilidad entre áreas sanitarias en el análisis temporal (diferencia de 11,8 DHD en 2011) y de subgrupos terapéuticos, con mayores diferencias en los grupos de macrólidos y las quinolonas.

Conclusiones. El consumo de antibióticos a nivel extrahospitalario en la población pediátrica del Principado de Asturias ha experimentado un descenso mantenido en los últimos años y una mejora evolutiva del patrón de uso. Existe una amplia variabilidad cuantitativa y cualitativa entre las diferentes áreas sanitarias de Asturias.

Mesa redonda: Humanización en tiempos difíciles

Humanización en pandemia. Adaptación de la asistencia en tiempos COVID

J.L. GUERRA DÍEZ

Pediatra. Unidad de Urgencias de Pediatría y Corta Estancia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Profesor Asociado. Universidad de Cantabria.

INTRODUCCIÓN

Cuando analizamos la actividad realizada en las Unidades y Servicios de Pediatría, basamos el 90% de nuestros cuadros de mandos en la gestión de la actividad y demanda asistencial. Vivimos inmersos en la elaboración, medida y cumplimiento de indicadores de calidad que nos permiten saber cómo estamos, cómo queremos estar y qué medidas debemos aplicar para conseguirlo. El análisis de los datos se debe acompañar de un plus en la realización de nuestros procedimientos, basado en la empatía, la sonrisa, el acompañamiento, la información, en resumen debemos añadir el plus de la Humanización.

Se define Humanización como el efecto de hacer humano, convertir cualquier hecho o actividad en familiar, amable y cercano. Debe ser un complemento en el que se empatice con el paciente y familiares, entendido como un núcleo indisoluble, que requiere de la participación de todos los profesionales que componen los equipos sanitarios, que garantizan la confortabilidad durante la estancia en las unidades y una información adecuada, adaptada a la comprensión del paciente y acompañantes. Humanizar constituye la base del árbol de la humanización que en pediatría consta de 4 ramas fundamentales:

1. El acompañamiento. Los pacientes pediátricos deben estar siempre acompañados durante su proceso de asistencia y en todos los procedimientos que implica.

2. La atención sanitaria, al paciente y su familia, entendiendo este binomio como un elemento básico, indisoluble y necesario para una buena evolución.
3. El entretenimiento. Las horas en los centros sanitarios pasan muy despacio y se necesita que los pacientes pediátricos aprovechen los tiempos no asistenciales para entretenerse, jugar, leer, realizar manualidades, acudir a la escuela en el caso de los hospitales.
4. La decoración y temática. Las áreas pediátricas necesitan que estén envueltas en un halo de diversión, la decoración, los murales, las mascotas, los personajes, los juguetes, todos son elementos que deben ayudar a mantener una estancia agradable, entretenida, divertida que ayude a pasar las horas y atenue los momentos más duros.

Existen experiencias por todo el país de proyectos de humanización, en servicios de adultos y pediátricos, pues no es potestad exclusiva de los pediatras. Entre las experiencias publicadas están, el proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Margarita de Córdoba, el proyecto HURGE, de humanización en urgencias, o el proyecto de humanización del Servicio de Pediatría del Hospital General de Alicante.

La infección por SARS-CoV-2 ha supuesto un handicap en el mantenimiento de todas las actividades relacionadas con la humanización pues su capacidad para propagarse de una manera tan rápida y fácil suponía la determinación

Correspondencia: Dr. José Lorenzo Guerra Díez. Unidad de Urgencias de Pediatría y Corta Estancia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Correo electrónico: guerdiez@gmail.com

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

de adoptar medidas de protección fundamentales, lavado de manos, empleo de mascarillas homologadas y la distancia física entre personas, esto generó la desaparición de las visitas en los hospitales y la reducción del acompañamiento.

NUESTRA EXPERIENCIA. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

El Servicio de pediatría lleva desde hace más de 15 años trabajando en la humanización del proceso de asistencia. La Urgencia de Pediatría en este sentido ha trabajado de manera intensa en proporcionar no solo unos cuidados de calidad sino en formar a sus trabajadores en transmitir y generar un ambiente empático en este proceso.

Desde el año 2011 se han realizado encuestas de satisfacción de padres y pacientes que han acudido a nuestra unidad. En estas, y hasta 2016, se han obtenido puntuaciones elevadas en lo referido al trato personal y por parte de todos los profesionales que trabajan en urgencias, desde los administrativos, celadores hasta todo el personal sanitario. En cambio, obteníamos puntuaciones más bajas en cuanto a la infraestructura, la comodidad de nuestros boxes, las salas de espera (en ese momento 2), la sala de juegos y actividades para el entretenimiento. A partir de la detección de estos riesgos y aprovechando el traslado que realiza el Servicio al nuevo hospital, se trabaja adecuadamente en actividades y medidas correctivas que mejoren estos ítems. La certificación en norma ISO 9001-2015 también permitió la detección de elementos relacionados con la humanización que fuimos mejorando.

En el año 2018 y posteriormente en 2019, nuestro Hospital realizó el Índice de Humanización de Hospitales Infantiles (IHI), de la Fundación ATRESMEDIA, y que consistía en un elemento de autoevaluación con 7 ítems, que establecía el nivel de humanización de cada hospital y su comparación con los otros participantes. Este cuestionario no es arbitrario, sino que está consensuado tanto por profesionales sanitarios como por asociaciones que representan a profesionales y pacientes. A través de los informes individuales recibidos se establece cual es el nivel de humanización de cada hospital. Se analizan los siguientes parámetros: información general, área de urgencias, área de consultas, área de ingresos hospitalarios, otros servicios (farmacia, laboratorios...) e intervención especializada. Se establecen cuáles son los puntos fuertes, los puntos de mejora, además de la posibilidad de acreditarse como Hospital Humanizado, y que fue conseguido por el Hospital Marqués de Valdecilla en 2019.

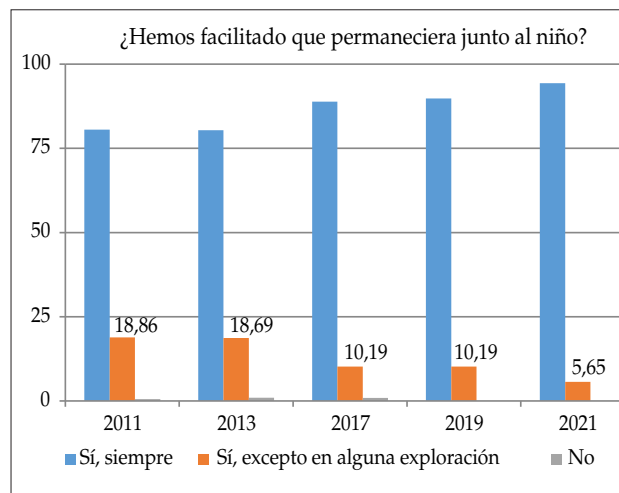


Figura 1. Evolución del porcentaje de respuestas de pacientes y familiares a la pregunta del acompañamiento en urgencias de pediatría.

Dentro del Proyecto de Humanización del Servicio de Pediatría, se crearon espacios de atención urgente más amplios, confortables tanto para los pacientes como sus familias, entendiendo la atención pediátrica dentro de la unidad familiar. Se tematizó la unidad con elementos permanentes, adaptado a todas las edades que realizan a su vez dos funciones: una de señalización, explicando desde la entrada a la urgencia los circuitos de atención a los pacientes. Y una segunda relacionada con la educación sanitaria, reflejando en las paredes de cada box de atención una frase que fomenta el hábito saludable.

El principal punto de trabajo en humanización ha sido el acompañamiento de nuestros pacientes durante todo el proceso asistencial, incluidos los procedimientos que se realizan sobre ellos, invasivos como no invasivos. Para esto se ha trabajado intensamente en una formación de los equipos de urgencias pediatría analizando la evidencia que existe actualmente respecto a los beneficios de esta actividad, incluida la atención al paciente inestable. De esta forma hemos obtenido un descenso progresivo de aquellas familias que refieren en las encuestas que no les permitimos estar con sus pacientes tal y como se refleja en la figura 1.

El acompañamiento a su vez tiene mucha relación con las visitas, y que forman parte de la humanización de nuestra actividad. Se ha publicado hace ya tiempo como la realización de videoconferencias con pacientes pediátricos hospitalizados y sus familiares reducía considerablemente el nivel de estrés. Incluso en áreas sensibles como las unidades de cuidados intensivos, donde los pacientes pasan mucho tiempo

po solos, y que por su complejidad y características incluso debería existir una pequeña formación previa a familiares para que no exista un choque emocional muy grande.

ADAPTACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN EN PANDEMIA

Desde que apareció el primer caso de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y posteriormente la declaración de pandemia, la situación de los centros de salud y hospitales han sufrido cambios fundamentales y muchos ha influido en la humanización.

A nivel estructural, las unidades se han adaptado para que existan circuitos de sospecha alta o baja de COVID-19 y así realizados en nuestra unidad. Se establecieron las normas publicadas por parte del Ministerio de Sanidad y las Sociedades Científicas, con el fin de evitar contagios intrasancionarios, además de establecer los sistemas de protección para los profesionales. Por otro lado se produjo un cambio inicial en el paradigma de la atención al paciente, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria se produjo una disminución marcada de la demanda asistencial presencial, con posterior recuperación y variabilidad a medida que se han producido las diferentes olas. Por otro lado existieron dos elementos fundamentales que han determinado la evolución de la pandemia: la capacidad diagnóstica a través de pruebas de detección de antígenos y/o PCR a pacientes sintomáticos, y por otro lado el screening de asintomáticos de contactos, ingresos por otras causas, procedimientos etc.

Aunque la mayoría de los pacientes pediátricos han presentado una infección por COVID con síntomas leves, durante esta pandemia apareció un nuevo síndrome grave asociado al COVID en pediatría: Síndrome Multiinflamatorio Sistémico (SIM-Peds), que en muchas ocasiones requería ingreso en cuidados intensivos; y ha habido pacientes que han requerido ingreso hospitalario generalmente asociado a patologías crónicas asociadas. En pediatría se ha permitido la presencia de al menos un acompañante sin que existiera ninguna duda respecto a esta norma, y a partir de ahí, aunque se suspendieron todas las actividades de entretenimiento relacionadas con la visitas, se potenció de manera importante la visita virtual que beneficia a los pacientes y a los propios familiares. En Unidades sensibles y con posibilidad de impactos importantes en salud como es la Neonatología, se realizaban cribados a los padres de los niños ingresados permitiendo las visitas en las mejores condiciones de seguridad.

A nivel formativo, el COVID también supuso un cambio fundamental en nuestra forma de formarnos, desapareció

la presencialidad y proliferaron las actividades virtuales. Un ejemplo práctico de estas actividades ha sido nuestra sociedad científica regional, la SCCALP, que ha organizado dos encuentros científico virtuales con gran aceptación y ha mantenido la relación con sus socios. En nuestra experiencia y tras un periodo sin presencialidad coincidente con la época de confinamiento, se reanudaron las actividades formativas con control de aforos y medidas de seguridad.

Un elemento básico en la humanización sanitaria es el cuidado de nuestros profesionales, que sufren muchas veces situaciones con un componente emocional muy grande y que ha generado en muchas ocasiones problemas relacionados con la salud mental. Es por esto, que iniciativas basadas en la relajación como el mindfulness, han permitido ayudar a los profesionales a tomar un respiro y relajarse. Además una de las iniciativas más importantes creadas en nuestro medio es SALUDARTE en el que los profesionales desarrollan sus capacidades creativas orientadas al mejorar el bienestar del entorno laboral.

Como reflexión, debemos utilizar la pandemia y todo lo que ha ocurrido a su alrededor en lo referente a la atención pediátrica como una oportunidad, en la que hemos aprendido lo importante que es empatizar con el paciente y su familia, entender sus sentimientos y emociones en situaciones estresantes como es el ingreso hospitalario, y adaptar herramientas que permitan disminuir esa carga emocional atendiendo a la unidad familiar como eje esencial de la humanización.

BIBLIOGRAFÍA

1. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2018; 42(2): 99-109.
2. Humanización de Hospitales Infantiles. Disponible en: <https://fundacion.atresmedia.com/proyectos-antiguos/humanizacion-hospitales-infantiles/sensibilizar/indice-humanizacion-hospitales-infantiles/>
3. Recomendaciones SEUP por SARS-CoV-2 (cuadro clínico: COVID-19). Disponible en: https://seup.org/pdf_public/SeupCOVID-19.pdf
4. Documento de consenso. Propuestas para la organización de urgencias durante el otoño-invierno 2020-21. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/ND_recom_Covid_cat.pdf
5. Pines JM, Zocchi MS, Black BS, Carlson JN, Celedon P, Moghtaderi A, Venkat A; US Acute Care Solutions Research Group. Characterizing pediatric emergency department visits during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2021; 41: 201-4.

6. Schweiberger K, Patel SY, Mehrotra A, Ray KN. Trends in Pediatric Primary Care Visits During the Coronavirus Disease of 2019 Pandemic. *Acad Pediatr.* 2021; 21(8): 1426-33.
7. Yang NH, Dharmar M, Hojman NM, Sadorra CK, Sundberg D, Wold GL, Parsapour K, Marcin JP. Videoconferencing to reduce stress among hospitalized children. *Pediatrics.* 2014; 134(1): e169-75.
8. Smith L, Medves J, Harrison MB, Tranmer J, Waytuck B. The Impact of Hospital Visiting Hour Policies on Pediatric and Adult Patients and their Visitors. *JBIR Libr Syst Rev.* 2009; 7(2): 38-79.
9. Guerra Diez JL, Peñalba Citores AC, Leonardo Cabello MT, Lopez Fernández C, Cabero Pérez MJ. Sistema de entrenamiento de equipos reales de urgencias de pediatría: proyecto #JuevesdeCríticos. *J Healthc Qual Res.* 2021; 36(2): 116-7.