

Boletín de la SPAO

Número especial • 2024

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL

Almería 13.15 marzo 2024

**XLVIII REUNIÓN
SOCIEDAD PEDIATRÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL**



Boletín de la SPAO

(ISSN: 1988-3420)

Órgano de expresión de la Sociedad de
Pediatría de Andalucía Oriental

Editores Jefe

Julio Romero Gonzalez
Javier Díez-delgado Rubio
Olga Escobosa Sanchez

Editor Asociado

Jose Antonio Hurtado Suazo

Director honorífico

Gabriel Galdó Muñoz

Consejo editorial

Carlos Ruiz Cosano
José Antonio Hurtado
Carlos Roca Ruiz
José María Gómez Vida
Francisco Giménez Sánchez
Francisco Javier Garrido Torrecillas
Julio Ramos Lizana
José Miguel Ramón Salguero
Enrique Blanca
Antonio Jerez Calero
José Maldonado Lozano
Carlos Trillo Belizón
María del Mar Vázquez del Rey
Antonio Bonillo Perales
Ana Martínez-Cañabate Burgos
José Murcia García
María Angeles Vázquez López
Victor Bolivar Galiano
Esmeralda Nuñez Cuadros
Jesus De la Cruz Moreno

Almería, España
Paraje de Torrecardenas SN
contacto@spao.info

Normas de Publicación en

[http://www.spao.info/Boletin/
normaspublicacion.php](http://www.spao.info/Boletin/normaspublicacion.php)

05-84

ÁREA MÉDICA

05-54 CASOS CLÍNICOS

55-84 TRABAJOS ORIGINALES

85-101

ÁREA ENFERMERÍA

ÍNDICE

ÁREA MÉDICA

CASOS CLÍNICOS

EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES. TODO LO QUE PODEMOS APRENDER DE ELLAS	5
GENITALES AMBIGUOS, A PROPÓSITO DE UN CASO	6
MUTUACIÓN EN EL GEN NF 1 EN UN CASO DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA JUVENIL	7
UNA SINUSITIS COMPLICADA.....	7
QUISTE CONGÉNITO DEL 2º ARCO BRANQUIAL	8
DACTILITIS AMPOLLOSA DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	9
¿CONFUSIÓN O DESCUIDO?: IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN PEDIATRÍA.....	10
ESFEROCITOSIS HEREDITARIA: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO GENÉTICO.....	10
INFARTO NEONATAL ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	11
FIEBRE PROLONGADA Y HEPATOMEGALIA COMO EXPRESIÓN DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN	12
ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN EDAD ESCOLAR.....	13
SÍNDROME DEL LÓBULO MEDIO: ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN PACIENTES CON NEUMONÍAS DE REPETICIÓN.....	14
ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL CROMOSOMA X: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ . MÁS ALLÁ DE UN CUADRO GRIPAL.....	14 15
ELASTOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHOLICO PEDIÁTRICO.....	16
GLOMERULONEFRITIS; A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DE GLOMERULOPATÍA C3 POR HEMATEMESIS	18
STAPHYLOCOCCUS AUREUS: UN ENEMIGO COMÚN	19
LOS PRIMEROS PASOS NO SIEMPRE SON TAN FÁCILES	20
MASA ABDOMINAL EN ADOLESCENTE: IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ	21
VESÍCULAS EN PEDIATRÍA: NO TODO ES INFECCIOSO	22
BUSCANDO UNA HERNIA INGUINAL, SE DIAGNOSTICA DE LEISHMANIASIS VISCERAL.....	22
TUMEFACCIÓN ARTICULAR Y COJERA AGUDA, NO TODO ES ARTRITIS SÉPTICA	23
DIAGNÓSTICO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL; CUANDO LA GAMMAGRAFÍA CON PERTECNECTATO-TC99 NO NOS PONE EN LA PISTA	25
LIQUEN ESTRIADO, LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	27
SÍNDROME DE AICARDI-GOUTIÈRES: FORMA INTERMEDIA DE PRESENTACIÓN EN UN LACTANTE	27
DISFAGIA AGUDA Y FIEBRE EN NIÑO SANO	28

XLVIII Reunión científica de la SPAO

RECAMBIO AUTOMATIZADO DE HEMATÍES COMO TERAPIA TRANSFUSIONAL EN PACIENTES AFECTOS DE DREPANOCITOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO	29
PANCREATITIS INDUCIDA POR ÁCIDO VALPROICO: REPORTE DE UN CASO	30
MÁS ALLÁ DEL ACNÉ	31
HALLAZGO INESPERADO EN ADOLESCENTE CON HEMATEMESIS	32
DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN LA INFANCIA	33
A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMANGIOMA SUBGLÓTICO SINTOMÁTICO	33
A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO PRENATAL DE DISPLASIA FRONTAL NASAL	34
DE LA SOSPECHA DE FASCITIS NECROTIZANTE AL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO...	35
¿DE DÓNDE VIENE TANTO AIRE? ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO DE ETIOLOGÍA INCIERTA	36
HERMANOS HASTA EN LA GENÉTICA. DIAGNÓSTICO DE CRANEOSINOSTOSIS: CLÍNICA, IMAGEN Y GENÉTICA	37
TÉCNICA HAT EN LACERACIONES DE CUERO CABELLUDO: MIRANDO HACIA EL FUTURO	38
LO QUE TRAJO LA GARRAPATA QUE VIÑO DE DINAMARCA	38
INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS CON AFECTACIÓN AL NACIMIENTO	39
HIPERTRANSAMINASEMIA NEONATAL Y ASPECTO SÉPTICO. NO SIEMPRE ES UNA INFECCIÓN	40
MENINGITIS NEONATAL POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS GALLOLYTICUS	41
SÍNDROME DE CHARGE, A PROPÓSITO DE UN CASO	42
FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR: LAS DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA	42
SORPRESA EN EL BANCO DE LECHE HUMANA	43
SÍNDROME DE LAS TUBERÍAS OXIDADAS, DE NUESTRO INTERÉS CONOCERLO EN LA PLANTA DE MATERNIDAD	44
MUTACIÓN PATOGENICA EN EL GEN NR5A1 CAUSANTE DE DESARROLLO SEXUAL DIFERENTE EN UN PACIENTE VARÓN	45
FASCITIS NODULAR. UTILIDAD DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR COMO NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA.....	46
¿ELEVACIÓN DE CREATININA PLASMÁTICA SINÓNIMO DE DAÑO RENAL AGUDO?	47
ORGANICIDAD VS. FUNCIONALIDAD: UNA DIFÍCIL BATALLA	47
TRATAMIENTO EXCEPCIONAL CON ELESCLOMOL-COBRE PARA ENFERMEDAD DE MENKES: ¿EN LA LÍNEA DE UN NUEVO TRATAMIENTO?	48
ENCEFALITIS AGUDA ¿HERPÉTICA?, NUESTRO RETO DIAGNÓSTICO	49
INFECCIÓN POR ECHINOCOCCUS GRANULOSUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UNA SERIE DE CASOS	50
IRRITABILIDAD Y VÓMITOS EN EL LACTANTE: NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE	51
DOLOR DORSO-LUMBAR ¿CUANDO PENSAR EN CAUSA TUMORAL?	51
HIPOCALCEMIA ASINTOMÁTICA EN HIPOPARATIROIDISMO AUTOSÓMICO DOMINANTE ASOCIADO A SORDERA NEUROSENSORIAL Y DISPLASIA RENAL	52
A PROPÓSITO DE UN CASO: INMUNOTERAPIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, MÁS ALLÁ DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS CONVENCIONALES	53

TRABAJOS ORIGINALES

REVISIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL: NEFRONIA LOBAR AGUDA Y PIONEFROSIS	55
REVISIÓN GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL, ¿QUÉ HAY DE NUEVO?	56
DONACIÓN DE LECHE EN "X". MODELO DE ACTIVIDAD DE UN BANCO DE LECHE REGIONAL	57
LECCIONES APRENDIDAS DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL HERPES NEONATAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	58
¿ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LOS HIJOS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA?	59
REVISIÓN DE CASOS DE GLOMERULONEFRITIS POSTINFECCIOSA	60
RETINOPATÍA DEL PREMATURO. NOVEDADES TERAPÉUTICAS	61
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE: ACTUALIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA EN NUESTRA AREA DE SALUD	62
GRAVEDAD DE LA BRONQUIOLITIS HOSPITALIZADA POR VRS ANTES Y DEPUÉS DE LA PANDEMIA POR COVID19	64
PERFIL DEL PACIENTE CON ALERGIA A NUECES	64
BRONQUIOLITIS HOSPITALIZADA POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL EN RELACIÓN A OTROS VIRUS, ¿SON DIFERENTES?	65
PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON NEUMONÍA NECROTIZANTE	66
SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD	66
CUIDADOS ESPIRITUALES EN INFANCIA EN PALIATIVOS	67
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE ESPONDILODISCITIS EN MENORES DE 14 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	68
PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON REACCIÓN ALERGICA A FRUTOS.....	69
VARIANTES GENÉTICAS EN OBESIDAD GRAVE DE INICIO PRECOZ	70
PROGRAMA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES NO TÉCNICAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE	72
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FISURAS LABIOPALATINAS. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS .	72
ADHERENCIA A LA INMUNIZACIÓN EN PACIENTES DE RIESGO	73
DESCRIPCIÓN DE CASOS DE PAROTIDITIS EN URGENCIAS	74
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS CON NIRSEVIMAB	75
OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA Y SU IMPACTO SOCIAL	76
NUEVO DESAFÍO PARA PEDIATRAS Y NUTRICIONISTAS: ARFID O TRASTORNO DE EVITACIÓN Y RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS	77
ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN POBLACIÓN INFANTIL.....	78
IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANQUILOGLOSIA EN LA LACTANCIA MATERNA	79
INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO A (EISGA)	80
ATENCIÓN A MENORES TRANS. TRAYECTORIA Y RETOS DE LA UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE ANDALUCÍA ORIENTAL.....	81

XLVIII Reunión científica de la SPAO

UNIDAD DE ANQUILOGLOSIA. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?	81
EVALUACIÓN PRE-POST DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE SISTEMAS DE SOPORTE RESPIRATORIO PARA MÉDICOS RESIDENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	82
TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA DETERMINAR LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ¿UNA BUENA HERRAMIENTA?	84

ÁREA ENFERMERÍA

PREVALENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN LA INFANCIA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS.....	85
IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS DEMANDAS ASISTENCIALES POR PROCESOS INFECCIOSOS	86
PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS Y UTILIZACION DE RECURSOS SANITARIOS	87
DEMANDA ASISTENCIAL PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS CAUSAS	87
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ALERGIA ALIMENTARIA	88
“I JORNADA SALUDABLE Y DE FOMENTO DEL DEPORTE IGUALITARIO” COLEGIO UNITARIO RURAL MAESTRO RODRIGUEZ ESPINOSA LAS CUEVAS DE LOS MEDINAS.ALMERIA	89
BANCOS DE LECHE HUMANA DONADA: NUESTRO PAPEL COMO CENTRO PERIFERICO DE ATENCION A DONANTES	90
HUMANIZACIÓN PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	91
DEMANDA ASISTENCIAL DE LOS NIÑOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SUS CAUSAS	91
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON DT1	92
A PROPÓSITO DE UN CASO: VENTRÍCULO ÚNICO DE DOBLE SALIDA. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA GLENN	93
ALIVIO DEL ESTRÉS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SOMETIDOS A LA PUNCIÓN DEL TALÓN: INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	93
INSTRUMENTO ANSIOLÍTICO DURANTE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS	94
MODIFICACION DE LA FORMA DE PRESENTACION DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO POR LA PANDEMIA POR COVID-19	95
SINDROME DE CHARGUE. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA EN NEONATOS, CASO CLINICO.....	96
BENEFICIOS DEL USO TEMPRANO DE LA TERAPIA CON CALOSTRO HUMANO EN PREMATUROS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	97
ACOMPañAMIENTO PARENTAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN TÉCNICAS INVASIVAS. ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	98
CUIDADOS PROLONGADOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA: CASO CLÍNICO	99
CUANDO EL SANGRADO POSTCOLOCACIÓN DE UN CATÉTER TUNELIZADO DEJA DE SER NORMAL. ROTURA DEL CATÉTER DE HEMODIÁLISIS EN UN LACTANTE	99
¿QUÉ LLEVO EN LA MOCHILA POR SI TENGO UNA HIPOGLUCEMIA?	100
VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO QUIRÚRGICO EN PEDIATRÍA	101

ÁREA MÉDICA

CASOS CLÍNICOS



EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES. TODO LO QUE PODEMOS APRENDER DE ELLAS

Paula Del Santo Fernández; Francesca Perin Hospital;
Carmen Carreras Blesa.

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (HUVN)

INTRODUCCIÓN

Las extrasístoles ventriculares son contracciones aisladas y prematuras, es decir producidas antes de tiempo, que tienen su origen a nivel ventricular. Constituyen un hallazgo relativamente frecuente y habitualmente benigno durante la edad pediátrica. En la mayoría de ocasiones no traducen la existencia de una patología cardíaca estructural ni funcional, no obstante, en otras ocasiones pueden ser la forma de presentación de algunas cardiopatías.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 13 años en seguimiento por Cardiología Infantil para despistaje de cardiopatía por asociación de hallazgos fenotípicos cutáneos (queratodermia palmoplantar, pelo lanoso y agenesia dental). En Mayo de 2023, presenta un episodio súbito de dolor torácico, palpitaciones y sensación de disnea. El electrocardiograma inicial realizado muestra la presencia de extrasístoles ventriculares con algunos datos de alarma, así como otros ha-

llazgos sugerentes de cardiopatía estructural subyacente. Se realiza un Holter de 24 horas en el que se registran hasta 10349 eventos de extrasístoles ventriculares. Las pruebas de imagen realizadas, ecocardiograma y resonancia magnética cardíaca, revelan una miocardiopatía arritmogénica biventricular. Ante la sospecha de un posible síndrome cardiocutáneo, se solicita un estudio genético, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Carvajal Huerta. Finalmente, ante el elevado riesgo arritmico que presenta la paciente, se coloca un desfibrilador automático implantable.

DISCUSIÓN

El electrocardiograma es una prueba complementaria accesible, rápida e inocua que nos puede proporcionar mucha información. En el caso de las extrasístoles, estas pueden no tener significación patológica o por el contrario ser tanto causa como consecuencia de algunas cardiopatías. Así pues, es importante reconocer aquellos síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar de su posible carácter maligno como por ejemplo la existencia de extrasístoles polimórficas, aquellas que se inducen por la realización de ejercicio físico, las que producen síntomas moderados o graves o la presencia de antecedentes familiares de cardiopatías o arritmias.

GENITALES AMBIGUOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lourdes Artacho González; Gema Lozano Sánchez; Claudia García Barrionuevo; Ana Extraviz Moreno; Adrián Muñoz-Cruzado Rosete; Cristina Antúnez Fernández.
Hospital Axarquía.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías en la diferenciación sexual engloban un amplio espectro de discordancias entre los criterios cromosómico, gonadal y fenotípico (genital). En función de en qué etapa del desarrollo embrionario se produzca la alteración se distinguen 3 grandes grupos: alteraciones cromosómicas, anomalías en el desarrollo gonadal y anomalías en el desarrollo genital por alteración en la síntesis o acción hormonal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato de 12 horas de vida, ingresado en planta de maternidad que presenta a la exploración ambigüedad genital con hipertrofia de clítoris, labios mayores con fusión posterior e hiperpigmentados y piel rugosa (Estadio 2 de Prader) (Imagen 1). No otros hallazgos exploratorios. Como antecedentes personales es un embarazo controlado sin patología, siendo el parto eutócico y sin incidencias en periodo perinatal inmediato. No antecedentes familiares de interés clínico. Ante dichos hallazgos exploratorios, se realiza analítica sanguínea urgente que muestra hiperpotasemia de 5,1 mEq/L, natriemia y glucemia normales, sin acidosis. Se realiza ecografía abdominal en la que se evidencian glándulas suprarrenales de tamaño y grosor aumentados, con morfología cerebriforme, sugerentes de hiperplasia bilateral. Genitales internos femeninos, de aspecto normal. A las 48 horas de vida, se solicita analítica incluyendo perfil hormonal completo en la que destaca ACTH > 1250 pg/ml (valor normal 83,9±38) con elevación de 17-hidroxiprogesterona 461 ng/ml (valor normal 8,05±2,73) y dehidroepiandrosterona (DHEA) > 15000 ng/ml (valor normal 200±138). Ante sospecha de hiperplasia suprarre-

nal congénita forma clásica, se inicia tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y fludrocortisona. Se ha extraído estudio genético, pendiente de resultado.

DISCUSIÓN

— Ante un paciente con ambigüedad genital es importante realizar una determinación analítica urgente que incluya electrolitos y glucemia, para descartar situaciones potencialmente graves como la pérdida salina o una crisis adrenal. - Pasadas 48 horas de vida, se procederá al estudio hormonal del paciente que incluya estudio completo. Siendo de especial importancia la determinación de 17-hidroxiprogesterona ante sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita. - Como prueba de imagen será importante la realización de una ecografía abdominal que, en manos expertas, puede aportar mucha información. Además se debe solicitar estudio genético dirigido. - La forma más frecuente de hiperplasia suprarrenal congénita se produce por déficit de 21-hidroxilasa que cursa con marcada elevación de 17-hidroxiprogesterona. - El tratamiento debe ser multidisciplinar e incluirá el inicio del tratamiento sustitutivo, si estuviera indicado, el seguimiento clínico y analítico, el asesoramiento en la asignación de sexo y el tratamiento quirúrgico.



MUTUACIÓN EN EL GEN NF1 EN UN CASO DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA JUVENIL

Noelia Moreno Toro; Silvia Ortega Varga; Paula Del Santo Fernández.

Hospital Materno Infantil Virgen de Las Nieves

INTRODUCCIÓN

La leucemia mielomonocítica juvenil (LMMJ) es un trastorno mieloproliferativo/mielodisplásico agresivo de la infancia debido a una infiltración de la sangre periférica (SP), la médula ósea (M.O.) y las vísceras por células mielomonocíticas anormales. Su incidencia es de 1.2 casos por cada millón de niños por año, representando el 2-3% de las hemopatías malignas de la infancia, con una mediana al diagnóstico de 2 años. Aproximadamente el 95 % por ciento de los pacientes con LMMJ presentan mutaciones somáticas y/o germinales en genes de la vía de señalización RAS/MAPK. Cuando se producen mutaciones que afectan a esta vía (90% mutaciones en los genes NF1, PTPN-11, K-RAS, N-RAS, CBL, con peor pronóstico las de SETBP1 y JAK3), dan lugar a una activación patológica con proliferación anómala de precursores mieloides.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 1 año en seguimiento por fallo de medro. Acude a urgencias por cuadro febril de 3 días, sin otra sintomatología. Se realiza una analítica sanguínea destacándose una leucocitosis de 34.400/mcl con linfomonocitosis y hemoglobina de 9g/dl, sin alteraciones celulares en el frotis de SP. Sistemático de orina patológico sospechando infección urinaria con leucocitosis reactiva procediendo a alta con antibioterapia. En seguimiento posterior se mantiene leucocitosis con monocitosis, por lo que ante sospecha de proceso linfoproliferativo, se amplían pruebas. Se solicita estudio de M.O. y S.P. junto con citogenética. En M.O. se observa hiper celularidad sin presencia de blastos, impresionando de reactiva, con negatividad para virus y parásitos. En el estudio genético molecular en M.O. se identifica una delección del gen NF1 (17q11.2)

cuya pérdida de función se asocia con la neurofibromatosis tipo 1 presentando misma mutación en la línea germinal.

DISCUSIÓN

Debemos sospechar LMMJ ante la presencia de visceromegalias, monocitosis, citopenias e hiperplasia mieloide. Esta enfermedad puede ser confundida con otras enfermedades como infecciones, linfocitosis hemofagocítica etc. Por tanto, debemos solicitar de forma precoz el estudio de mutaciones genéticas, puesto que están presentes en el 90% de los casos y son fundamentales en el diagnóstico. El gen NF1 se encuentra alterado en un 15% de los pacientes afectados con LMMJ, siendo diagnosticados de neurofibromatosis tipo 1 entre el 10- 15% de los pacientes con LMMJ. Presentar dicha afectación genética confiere peor pronóstico, requiriendo trasplante de progenitores hematológicos en la mayoría de los casos, el cual es a día de hoy el único tratamiento curativo disponible.

UNA SINUSITIS COMPLICADA

Emilia Velez Moreno; Belen Anaya López; Maria Cristina Palma Conesa.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

INTRODUCCIÓN

La sinusitis se define como una inflamación localizada en uno o más senos paranasales, generalmente de etiología viral. La sintomatología es poco específica y las complicaciones son poco frecuentes, pero pueden llegar a ser muy graves, afectando más frecuentemente a nivel extracraneal, en forma de celulitis preseptal y/o orbitaria. Sin embargo, no es tan habitual la afectación intracraneal (meningitis, abscesos y trombosis del seno cavernoso), lo que puede conllevar un retraso diagnóstico potencialmente peligroso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Escolar de 8 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por cefalea holo-

craneal con fotofobia y fiebre de hasta 38,5°. A la exploración, se evidencia faringe eritematosa con aumento de mucosidad nasal. A nivel neurológico destacaba dolor a la movilización cervical, dudosa rigidez de nuca con resto de signos meníngeos negativos. Ante la sospecha de afectación del Sistema Nervioso Central, se realiza TAC urgente de cráneo, informando una imagen sugestiva de empiema subdural laminar frontobasal izquierdo, de unos 2,5 milímetros de espesor, junto con una extensa ocupación de celdillas etmoidales, recessos frontales y seno esfenoidal. Se realiza punción lumbar con salida de líquido de aspecto turbio, sin obtenerse confirmación bacteriológica en líquido cefalorraquídeo. Se amplía estudio con RMN que confirma los hallazgos previamente descritos, además de una imagen compatible con engrosamiento dural y realce leptomeníngeo característico de irritación meníngea. Se inicia antibioterapia empírica intravenosa, y se consulta tanto con Neurocirugía, que descarta acceso quirúrgico, como con el equipo de Otorrinolaringología, quien realiza drenaje endoscópico con salida de abundante contenido purulento. La evolución del paciente fue positiva con las medidas terapéuticas indicadas resolviéndose el cuadro sin incidencias.

DISCUSIÓN

La afectación meníngea en forma de empiema subdural como complicación de una sinusitis es muy infrecuente. La elevada morbimortalidad con la que se relaciona hace necesario mantener una alta sospecha clínica. La existencia de síntomas que sugieran complicación tanto a nivel orbitaria como intracraneal justifica la realización de un TAC craneal urgente, así como una valoración y abordaje multidisciplinar.

QUISTE CONGÉNITO DEL 2º ARCO BRANQUIAL

Emilia Vélez Moreno; Cristina Palma Conesa; Noemí González Vega.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

INTRODUCCIÓN

El aparato branquial del embrión está constituido por seis pares de arcos branquiales de origen mesodérmico separados uno del otro externamente por hendiduras branquiales de origen ectodérmico e internamente por bolsas branquiales o faríngeas de origen endodérmico. El 2º arco branquial conformará junto a el 3º y 4º arcos y sus respectivas bolsas y surcos el seno cervical de Hiss, que se diferenciará en estructuras de vital importancia como son la glándula tiroides y paratiroides, las amígdalas palatinas y las arterias carótida interna y subclavias. El conocimiento del origen de dichas estructuras es fundamental para la sospecha e identificación precoz de una malformación a dicho nivel.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un escolar de 13 años que acudió al Servicio de Urgencias Pediátricas por una tumoración laterocervical derecha de tres días de evolución dolorosa a la palpación. Se encontraba afebril, sin presencia de síntomas constitucionales. Se solicitó analítica en la que no destacaba elevación de parámetros infecciosos y se realizó una ecografía de cuello observándose una lesión quística hipoecogénica con pared y bordes bien definidos compatible con un quiste del 2º arco branquial derecho. Posteriormente se confirmó con TC de cuello con contraste intravenoso objetivándose realce periférico en anillo sugerente de sobreinfección del quiste. El paciente completó tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico durante una semana y actualmente se encuentra en lista de espera para cirugía programada.

DISCUSIÓN

Las anomalías congénitas del aparato branquial suponen la segunda masa cervical congénita más frecuente en el niño por detrás del quiste tirogloso. Se diferencian en senos, fistulas o quistes branquiales. El quiste del 2º arco branquial supone el segundo en frecuencia, después del seno de ese mismo arco, y podría localizarse desde las amígdalas palatinas hasta la región supraclavicular, siendo

frecuente en el espacio submandibular. A diferencia de los senos y fístulas branquiales, que poseen frecuentemente comunicación con el espacio interno bucofaríngeo y/o externo laterocervical facilitando su diagnóstico, los quistes branquiales suponen un reto para la Pediatría, pues su clínica no suele florecer hasta que aparece sobreinfección y pueden confundirse, debido a su localización y forma de presentación, con adenopatías o abscesos cervicales retrasando su diagnóstico hasta incluso la edad adulta. Es por ello, que ante los signos y síntomas oportunos, es conveniente sospechar de esta patología y solicitar las pruebas complementarias pertinentes para apresurar su diagnóstico y posterior tratamiento quirúrgico.

DACTILITIS AMPOLLOSA DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Del Carmen Fernández Serrano; Belén Anaya López; Isabel Díaz Granados; Carmen Vida Fernández; Ruth María Salas Navareño; Sara Galván Gómez.
Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

INTRODUCCIÓN

La dactilitis ampullosa distal es una infección cutánea infrecuente que asienta en la zona distal de los dedos. En la mayoría de casos afecta al pulgar, aunque puede verse afectado cualquier dedo de las manos o pies. Suele estar ocasionada por el *Streptococcus Pyogenes* aunque también por el *Staphylococcus aureus*, pudiendo tratarse de una lesión única o múltiples dolorosas sobre una base eritematosa con contenido seropurulento. La lesión es tan característica que el diagnóstico es clínico, pudiendo confirmarse mediante cultivo del exudado de la ampolla. La mayoría de casos mejoran con tratamiento antibiótico sistémico y curas con mupirocina tópica o ácido fusídico, lo cual nos permite confirmar el diagnóstico sin precisar del cultivo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un lactante de 12 meses sin antecedentes de interés salvo alergia a Amoxi-

cilina/Clavulánico, que acude a Urgencias por lesiones ampollosas en el primer dedo de ambos pies de pocas horas de evolución, sin traumatismo previo y apirético en este momento. Ante la sospecha inicial de impétigo ampuloso se indica tratamiento antibiótico con mupirocina tópica y cefadroxilo oral y es dado de alta.

Al día siguiente, acude de nuevo por aumento del tamaño de las lesiones sin aparición en otras localizaciones, junto con aparición de fiebre y vómitos que le impiden la toma de medicación oral.

A la exploración, destaca la presencia de eritema amigdalario, por lo que se realiza un streptotest que resulta positivo y, ante la falta de respuesta a tratamiento oral, se decide ingreso para antibioterapia intravenosa con cloxacilina y clindamicina y curas con metilprednisolona y mupirocina tópicas. Se amplía estudio con analítica sin alteraciones, y cultivo del exudado ampuloso que resulta negativo.

Tras 5 días de antibioterapia intravenosa, presenta resolución de las ampollas y desaparición de la fiebre, por lo que se decide alta con antibioterapia tópica.



DISCUSIÓN

La dactilitis ampullosa distal es una entidad a diferenciar del impétigo ampuloso o bulloso, la infección cutánea más frecuente en niños, producida por el *Staphylococcus aureus* y caracterizada por la presencia de ampollas flácidas sobre piel sana que al romperse dejan una base eritematosa húmeda y

XLVIII Reunión científica de la SPAO

costras superficiales amarillentas. Se puede localizar en la cara, extremidades, zonas dorsal e interdigital del pie y pliegues cutáneos, a diferencia de la dactilitis.

A pesar de presentar una fisiopatología diferente, ambas responden efectivamente al tratamiento antibiótico y no precisan de pruebas complementarias para su diagnóstico.

¿CONFUSIÓN O DESCUIDO?: IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN PEDIATRÍA

María Del Carmen Fernandez Serrano; Sara Galvan Gomez; Isabel Diaz Granados ; Noemi Gonzalez Vega; Ana Maria Ortega Morales.

Hospital San Cecilio.

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones suponen el 0,3% de las consultas en los servicios de urgencias pediátricas. Si bien, la mayoría de ellas son leves, el 5-10% pueden ser potencialmente peligrosas para la vida del niño. Es necesario destacar las medicamentosas, entre ellas, la más frecuente el paracetamol, siguiéndolo los psicofármacos (principalmente las benzodiazepinas) y los anticatarrales. El perfil de los pacientes que acuden por este motivo son preescolares menores de cinco años con ingesta no intencional de un único fármaco en el domicilio y consultan de forma precoz.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un preescolar de dos años que acude al servicio de urgencias pediátricas por ingesta de hace menos de dos horas de varios comprimidos de bromacepam de 1,5mg que los padres tenían guardados en un recipiente de chicles, sin saber precisar cuantos comprimidos había en el envase ni cuantos había podido ingerir. A su llegada presenta unas constantes y un TEP estables con una exploración neurológica y cardiovascular sin alteraciones. Se realiza ECG y analítica

ante el desconocimiento de la dosis ingerida que se reciben normales. Llevamos a cabo descontaminación intestinal con carbón activado y se mantiene en observación monitorizado durante cuatro horas, dándose de alta tras tolerancia oral sin incidencias, asintomático en todo momento. Procedemos a hacer hincapié a los padres en las medidas para evitar otra posible intoxicación.

DISCUSIÓN

En estas situaciones es importante mostrar una actitud empática ante la familia que suele encontrarse angustiada por su descuido y, previo al alta, cuando el paciente se encuentre estable, incidir en las medidas preventivas para evitar nuevas intoxicaciones. Habrá casos (intoxicaciones repetidas, actitud extraña en los padres, otros signos de maltrato...) en los que tendremos que activar los protocolos de actuación ante menores en riesgo y desamparo. Destacamos el papel del pediatra de atención primaria en la concienciación de las familias para la prevención de las intoxicaciones medicamentosas, aportando información clara y concisa basada en las recomendaciones de nuestras sociedades. Aunque cabe esperar que la población tenga la formación adecuada en este tema, en nuestro caso, nos llama la atención que portaban medicamentos tan tóxicos como las benzodiazepinas en un envase de comestibles con el riesgo que ello conlleva.

ESFEROCITOSIS HEREDITARIA: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO GENÉTICO

Noemi González Vega; María Belén Sevilla Pérez; Emilia Vélez Moreno; Sara Galván Gómez; Ainhoa Rodrigo Castroviejo; Ana Sofía Cadenas Villegas.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

INTRODUCCIÓN

La esferocitosis hereditaria es un trastorno genético que altera la forma discoidal de los hematíes,

haciéndolos esféricos, lo que conduce a su destrucción prematura causando anemia hemolítica. Mayoritariamente su herencia es autosómica dominante y se manifiesta clínicamente con fatiga, ictericia y esplenomegalia, aunque la gravedad de la enfermedad puede variar. El diagnóstico implica analíticas sanguíneas y pruebas genéticas, y su manejo incluye controles seriados, transfusiones sanguíneas y, en casos severos, la esplenectomía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 18 meses con antecedentes de alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) y crisis de sibilancias recurrentes, que acude a urgencias por fiebre de 24 horas de evolución. Se analiza muestra de orina obtenida por sondaje urinario, siendo diagnosticada de infección urinaria por *Escherichia coli*, y dándole el alta con cefixima oral. Dos días después, vuelve a consultar por palidez cutánea e ictericia conjuntival. Se extrae analítica obteniéndose una hemoglobina de 6.7 g/dl y se decide ingreso por anemia hemolítica aguda a estudio. Como antecedentes familiares, su abuela y tía materna presentan talasemia minor. Se realizan estudios, incluyendo serologías, fracciones de hemoglobina, enzimopatías, membranopatías y test de Coombs directo, con resultados negativos. El frotis de sangre periférica muestra anisopoiquilocitosis microcítica con esquistocitos y esferocitos. La ecografía abdominal es normal y el estudio genético revela una variante patogénica en el gen ANK1 asociada a Esferocitosis Hereditaria tipo 1, sin encontrarse la mutación en el estudio familiar, y dos variantes de significado incierto en los genes SPTA1 (Eliptocitosis tipo 2) y SPTB (Esferocitosis tipo 2), heredadas recesivamente del padre. La paciente ha recibido cuatro transfusiones, dos de ellas tras cuadros febriles, y actualmente mantiene tratamiento con ácido fólico, en seguimiento por Oncohematología.

DISCUSIÓN

La esferocitosis hereditaria presenta una clínica muy heterogénea, desde portadores asintomáticos hasta casos de hemólisis severa y retraso del

crecimiento. Aunque suele tener herencia autosómica dominante, puede presentarse con herencia recesiva o mutaciones de novo, donde los progenitores no presentan ninguna alteración, pudiendo pasar desapercibida y debutar, como es nuestro caso, con un proceso infeccioso. El tratamiento incluye ácido fólico para formas moderadas y transfusiones en casos graves, dejando la esplenectomía para crisis muy severas y colelitiasis. En definitiva, es importante tener una sospecha diagnóstica de anemia hemolítica desde el inicio para poder orientar adecuadamente su enfoque y tratamiento, dado que en muchos casos no es hasta el estudio genético que se confirma el diagnóstico.

INFARTO NEONATAL ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María del Carmen López Castillo; Marina Morata Izquierdo; María Pérez Rodríguez; Begoña Esteban San Narciso; Antonio Postigo Jiménez.

Hospital Regional Universitario de Málaga. Hospital Materno-Infantil.

INTRODUCCIÓN

El infarto cerebral perinatal se define como un daño cerebral de origen vascular que ocurre entre las 20 semanas de edad gestacional y los primeros 28 días de vida. Presenta una incidencia de 1:1600-1:2300 nacidos vivos, siendo el infarto neonatal isquémico el tipo más frecuente (80-90%).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido con antecedentes de madre con anticuerpos anticardiolipina positivos en tratamiento durante el embarazo con ácido acetilsalicílico y heparina de bajo peso molecular (HBPM) que nace por parto eutócico, con Apgar 6/9. A las 12 horas de vida presencian sus padres varios episodios de mioclonías de hemicuerpo izquierdo de hasta 11 minutos de duración, administrando fenobarbital en su centro de origen. Se realiza glucemia, analítica sanguínea y gasometría sin alteraciones. La ex-

ploración física intercrisis es normal. Tras su traslado a nuestro Hospital persisten crisis con correlato electroencefalográfico precisando además de fenobarbital y levetiracetam una perfusión de lidocaína para el cese de las crisis. Se completa estudio con ecografía (normal) y, ante la alta sospecha de infarto neonatal, se realiza RMN con 18 horas de vida objetivándose un infarto isquémico multifocal (giro postcentral derecho, cuña izquierda, rodilla posterior de cápsula interna y núcleo ventrolateral del tálamo derecho) sugerente de patología embólica isquémica con ausencia de focos hemorrágicos (imagen). Dados sus antecedentes y la sospecha de origen embólico del infarto, se pauta HBPM con buena evolución clínica posterior, permitiendo el alta domiciliaria. Actualmente se mantiene en tratamiento con HBPM y levetiracetam. El estudio de anticuerpos anticardiolipina en el recién nacido ha sido positivo a IgG a títulos altos y negativo para IgM. Continúa en seguimiento por hematología, neurología y neonatología, sin presentar nuevas crisis ni secuelas conocidas en el momento de la finalización del estudio, teniendo actualmente 1,5 meses de vida.

DISCUSIÓN

El infarto isquémico neonatal cerebral continúa siendo un importante reto diagnóstico y terapéutico, con notables consecuencias pronósticas dada su elevada morbimortalidad. Se presenta como convulsiones hasta en el 90% de los casos y ante su sospecha clínica se debe realizar como primera prueba diagnóstica una ecografía, siendo la resonancia magnética el gold standard. La etiología es frecuentemente multifactorial, debiendo realizar una exhaustiva historia clínica y estudio para encontrar posibles causas tratables. Aunque infrecuente, la presencia de anticuerpos anticardiolipina debe hacernos sospechar un origen embólico e instaurar tratamiento anticoagulante, sin existir consenso médico respecto a la duración para prevenir recurrencias.

FIEBRE PROLONGADA Y HEPATOMEGALIA COMO EXPRESIÓN DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Marina Morata Izquierdo; Antonio Medina Claros; María Pérez Rodríguez; Begoña Esteban San Narciso. Hospital Materno Infantil Málaga.

INTRODUCCIÓN

La fiebre prolongada y la hepatomegalia son manifestaciones clínicas que pueden estar presentes principalmente en cuadros infecciosos, reumáticos u oncológicos. Filiar la etiología de manera precoz puede ser determinante en el pronóstico del paciente, aunque, en ciertas ocasiones constituya un auténtico reto diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 8 años con diagnóstico de Enfermedad de Crohn en tratamiento con Azatioprina, que presenta fiebre de 12 días de evolución, dolor abdominal de tipo cólico, pérdida de 1kg de peso en 5 semanas y deposiciones con restos purulentos. En la exploración se objetiva hepatomegalia y una fisura anal con secreción purulenta continua. Entre las pruebas complementarias destaca un hemograma, con leucopenia de 1630 leucocitos/L, así como una hipertransaminasemia leve y una ecografía abdominal con una hepatomegalia de 3 cm y un engrosamiento del íleon distal. En el despistaje de patologías infecciosas se obtiene PCR positiva a Citomegalovirus (CMV) en sangre, por lo que se inicia Ganciclovir IV. A pesar del correcto tratamiento no se obtiene mejoría alguna y se objetiva un aumento de la carga viral (CV) y un descenso progresivo de los recuentos de todas las series sanguíneas junto a elevación de ferritina, lo que hizo sospechar el desarrollo de un síndrome de activación macrófaga. Ante la sospecha de infección por citomegalovirus resistente a Ganciclovir, se inicia tratamiento con Foscarnet, tras el cual el paciente experimenta una mejoría clínica franca,

con negativización de la CV tras 15 días de tratamiento, normalización de las series sanguíneas y resolución casi completa de la hepatomegalia.

DISCUSIÓN

A pesar de que la mayoría de las infecciones por CMV son leves o asintomáticas, los pacientes inmunocomprometidos pueden presentar un curso grave. Es prioritario mantener una elevada sospecha clínica, realizar un diagnóstico precoz e iniciar de manera temprana un tratamiento adecuado. Ante una evolución no esperada o escasa mejoría es necesario valorar la posibilidad de resistencias al tratamiento antiviral y considerar otras opciones dentro del arsenal terapéutico, entre las que destacan el foscarnet y en segundo lugar otros como el maribavir y el letermovir.

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN EDAD ESCOLAR

Juan Alonso Cozar Olmo; Pilar Munguira Aguado; María del Carmen Melguizo Morales; Inmaculada Rodríguez Quesada; Ismenia Chaustre Belandria; María Comino Martínez.

Hospital San Agustín.

INTRODUCCIÓN

La aspiración de cuerpo extraño (CE) presenta dos picos de incidencia, el más importante en los dos primeros años de vida principalmente por material orgánico y un segundo en edad escolar, siendo más habitual material inorgánico. La sintomatología estará determinada en función del grado de obstrucción y localización, así como la edad y el tiempo. Las pruebas complementarias más habituales son la R. de tórax y Lateral de cuello, la visualización es infrecuente ya que entre un 80-95% son radiolúcidos. La broncoscopia es el método más sensible además de ser terapéutica.

Caso clínico 1:

Niño de 6 años, sibilantes recurrentes en primera infancia. Consulta por tos ronca y estridor intermi-

tente de 5 días, refiere la madre que comenzó tras estar jugando con unas piezas de construcción. Se realiza R. tórax sin evidenciarse cuerpo extraño, permaneció en observación asintomático. Reconsulta 48 h después por persistencia del cuadro, Sat 100%, No dificultad respiratoria, estridor inspiratorio, se realiza Rx tórax en inspiración y espiración y lateral de cuello objetivándose imagen en vía aérea a nivel traqueal compatible con aspiración de CE. Se traslada a hospital de referencia para fibrobroncoscopia extrayéndose pieza de plástico en tráquea, evoluciona favorablemente desapareciendo sintomatología.

Caso clínico 2:

Niño de 10 años consulta por aspiración accidental de una tapa de bolígrafo presentado desde entonces sensación de cuerpo extraño en cuello y tos persistente, no dificultad respiratoria. AR: hipoventilación en hemitórax derecho y sibilantes. Sat 94%. FC 90lpm. Rx tórax normal. Se traslada a hospital de referencia donde se extrae mediante fibrobroncoscopia la pieza alojada en bronquio intermediario derecho. Evolución favorable.

COMENTARIOS

Es fundamental una correcta anamnesis del episodio y la sintomatología derivada del mismo a la hora de pedir las pruebas complementarias ya que en el primer paciente de entrada se podría haber pedido una radiografía lateral de cuello ante sintomatología de vía aérea superior en la primera visita. Si existe una alta sospecha clínica a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias debe hacerse fibrobroncoscopia diagnóstica. La ubicación más frecuente de los cuerpos extraños en vía aérea es bronquio principal derecho, en nuestros dos casos la localización es infrecuente, el primero en tráquea y el segundo distal al bronquio principal derecho. La prevención es fundamental para evitar estas situaciones, instruyendo a las familias sobre el riesgo de aspiración no solo en alimentos sino también en juguetes y material con piezas pequeñas.

SÍNDROME DEL LÓBULO MEDIO: ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN PACIENTES CON NEUMONÍAS DE REPETICIÓN

Alonso Cózar Olmo; Inmaculada Rodríguez Quesada; María Comino Martínez; Ana María Sanchiz Perea; Ismenia Chaustre Belandria; María del Carmen Melguizo Morales.

Hospital San Agustín (Linares).

INTRODUCCIÓN

El síndrome del lóbulo medio (SLM) es una entidad clínico-radiológica consistente en el colapso repetido y persistente del lóbulo medio (LM) o alguno de sus segmentos, existiendo una explicación anatómica que lo hace más probable en esta localización: los bronquios de este segmento son largos, de calibre estrecho y con cierta angulación. Además los nodos linfáticos periféricos, si aumentan de tamaño, pueden producir compresión extrínseca. Es más habitual en pacientes con exceso de secreciones, como asma o fibrosis quística. El síntoma más común es tos crónica recurrente y como complicación pueden aparecer neumonías de repetición o bronquiectasias. Parte del diagnóstico se basa en la Rx tórax, donde se observará signo de la silueta y opacidad en LM, con pérdida de volumen, mantenida en el tiempo.

CASOS CLÍNICOS

Primero: paciente en seguimiento por sibilantes recurrentes con posterior diagnóstico de asma, bien controlada. Sensibilización a olivo con buena respuesta a inmunoterapia. Asocia neumonías de repetición en el LM con 16 meses, 2 años, 4 años, 6 años (2 ocasiones), con persistencia de imagen de opacidad en LM de extensión variable en Rx de control. Se diagnostica de SLM y mantiene tratamiento conservador. TAC pulmonar normal (no bronquiectasias). Nuevo episodio de neumonía con 7 años, posteriormente, asintomático. Actualmente 11 años.

Segundo: niña con síndrome de Dravet y obesidad. Con 7 años neumonía de LM e inferior derecho,

con imagen radiológica de opacidad persistente en LM. TAC pulmonar: atelectasia de LM. Diagnóstico: SLM con tratamiento conservador. En los últimos 18 meses sin cambios radiológicos, ha presentado 2 reagudizaciones que han requerido ingreso, una de ellas con OAF. Broncoscopia: impactación mucosa muy organizada que no permite realizar lavado broncoalveolar.

CONCLUSIONES

El SLM es poco frecuente, y más habitual en adultos, correspondiendo sólo un 15% de los casos a edad pediátrica, por lo que consideramos importante mantener un alto grado de sospecha clínica para diagnosticarlo, sobre todo en pacientes asmáticos, con neumonías de repetición y/o bronquiectasias, debiendo descartar siempre aspiración de cuerpo extraño. Puede estar ocasionado por lesiones endobronquiales o compresión extrínseca por inflamación de ganglios linfáticos (tuberculosis) por lo que debemos descartar estas entidades y valorar la broncoscopia como opción diagnóstica y que, en ocasiones, puede resultar terapéutica (cuerpo extraño, lesiones endobronquiales) Su manejo es conservador, con broncodilatadores, antibioterapia y fisioterapia respiratoria. El tratamiento quirúrgico es necesario en casos de lesiones obstructivas, bronquiectasias persistentes o enfermedad inflamatoria localizada que no cede con tratamiento conservador.

ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL CROMOSOMA X: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

José Manuel Jiménez Hinojosa; Rafael Vera Medialdea; Rocío Díaz Cabrera; Begoña Esteban San Narciso; Marina Morata Izquierdo; María Pérez Rodríguez.

Hospital Materno Infantil de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X (ADLX) es una enfermedad metabólica rara produ-

cida por una alteración funcional del peroxisoma, lo que conlleva a un acúmulo de ácidos grasos de cadena muy larga (AGCML) tanto en sangre como en tejidos. Se debe a distintas mutaciones en el gen ABCD1. Reportamos un caso clínico de afectación cerebral infantil, forma de presentación más frecuente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 9 años con desarrollo psicomotor acorde a su edad hasta los 8 años. Como antecedentes familiares, varios tíos de rama materna afectados de adrenoleucodistrofia, uno de ellos fallecido en edad infantil. Consulta por clínica progresiva en el último año caracterizada por alteración de la conducta con agresividad, escaso interés en relaciones sociales, regresión neurológica y disminución del rendimiento escolar, con estrabismo divergente y ptosis de ojo izquierdo. A la exploración física destaca bradilalia y bradipsiquia, fuerza disminuida en brazo derecho, estrabismo, desviación de comisura labial a la izquierda e hiperpigmentación de encías y pliegues. Estudio inicial de TC cerebral con afectación difusa de sustancia blanca bilateral, completado con RMN con patrón radiológico de leucodistrofia con afectación extensa. Se documentó AGCML en sangre elevados y datos analíticos de insuficiencia suprarrenal primaria, confirmándose el diagnóstico de ADLX mediante estudio genético (variante C.900+1G>A(splicing) en homocigosis gen ABCD1). Los siguientes 5 meses presenta rápido empeoramiento neurológico con pérdida visual y auditiva progresiva, incapacidad para deambular, disfagia severa, hipersensibilidad al tacto y demencia. Debido al compromiso extenso estructural del SNC (Escala Loes>10) junto con el deterioro neurológico rápidamente progresivo, no se consideró candidato para recibir trasplante de médula ósea (TMO). Actualmente en seguimiento por cuidados paliativos.

DISCUSIÓN

Dado que la ADLX es una enfermedad grave y progresiva, la extensión del estudio familiar cobra especialmente importancia en la identificación

presintomática de varones que podrían beneficiarse de un tratamiento precoz, y detección de portadoras. Se debería considerar la inclusión de esta enfermedad en los programas de cribado metabólico neonatal para realizar un diagnóstico temprano mediante detección en sangre seca de AGCML, siendo el seguimiento en los varones presintomáticos mediante neuroimagen. La RMN, casi patognomónica, es esencial en el diagnóstico-estadiaje inicial, indicación TMO, pronóstico y seguimiento. El único tratamiento que ha mostrado retrasar su progresión es el TMO autólogo, indicado en pacientes con síntomas neurológicos leves o asintomáticos, con una escala de Loes por RMN.

MÁS ALLÁ DE UN CUADRO GRIPAL

Elena Roldán Tormo; Laura Caravaca Pantoja; Ana Iris Rubio Asensio; José Miguel Camacho Alonso; María Jesús Fernández Gil.

Hospital Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN

La miocarditis aguda se define en la práctica clínica como la afectación inflamatoria del miocardio asociada a disfunción cardíaca, siendo la infección viral o reacción postviral la principal causa en el paciente pediátrico. Tradicionalmente, los Enterovirus se han considerado la etiología más frecuente. Sin embargo, en los últimos años, se han identificado otros agentes virales relacionados, como Herpesvirus, Influenzavirus o Parvovirus. El diagnóstico de confirmación es histopatológico, aunque suele ser suficiente con los criterios clínicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 2 años, sin antecedentes de interés, con fiebre de 3 días de evolución, dificultad respiratoria y dolor torácico. A su llegada a urgencias, presenta tiraje universal, taquipnea y estridor inspiratorio. Ante sospecha de laringotraqueobron-

quitis, se inicia oxigenoterapia y aerosolterapia, con test de antígeno positivo para Influenza A. Por empeoramiento respiratorio e hipoxemia, se decide ingreso en Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos. Precisa intubación tras fracaso de ventilación no invasiva, objetivándose en radiografía de tórax patrón intersticial bilateral (figura 1). Debido a tendencia a la taquicardia e hipotensión, se inicia soporte vasoactivo con noradrenalina. En ecocardiograma, se constata leve disfunción miocárdica y derrame pericárdico asociado (figura 2), junto con elevación de troponinas 5.029 ng/L, creatinquinasa 1.358 U/L y NT-proBNP 16.870 pg/ml. Se sospecha miocarditis secundaria a gripe, iniciándose terapia con inmunoglobulinas y oseltamivir, así como tratamiento de soporte con adrenalina y milrinona, posteriormente. Se añade antibioterapia ante elevación de reactantes, con aislamiento microbiológico de *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae* en aspirado traqueal. El estudio inmunológico y serológico fue normal. Presenta evolución favorable, suspendiendo drogas vasoactivas al 5º día y extubación tras 11 días de ventilación mecánica invasiva, con mejoría progresiva de hipoxemia. En planta, continúa tratamiento con captopril, permitiendo retirada de oxigenoterapia, con función biventricular recuperada y ausencia de derrame previo al alta.

DISCUSIÓN

Los pacientes menores de 5 años son un principal grupo de riesgo para presentar complicaciones en relación con la infección por gripe, aunque se desconocen los factores que predisponen a complicaciones graves, como la miocarditis. En nuestro caso, el electrocardiograma inicial fue normal, pero la evolución tórpida con elevación de enzimas cardíacas, así como la valoración ecocardiográfica, fue clave para la sospecha diagnóstica e instauración de tratamiento precoz. Dada la alta comorbilidad y mortalidad asociada a esta complicación, debe tenerse en cuenta la gripe como diagnóstico diferencial en la miocarditis aguda en pediatría, para un adecuado tratamiento de soporte durante la fase aguda de la enfermedad.

ELASTOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHOLICO PEDIÁTRICO

María Sánchez Castro; Begoña Hernández Sierra; Laura Martínez Sebastián.

Hospital Universitario Poniente.

OBJETIVOS

La enfermedad de hígado graso no alcohólica es probablemente la causa más común de enfermedad hepática crónica en países desarrollados, especialmente debido a la epidemia de obesidad. Abarca un espectro amplio de enfermedades que van desde la esteatosis simple a la esteatohepatitis, con mayor riesgo de desarrollar fibrosis hepática progresiva. A diferencia de los adultos, la esteatosis en los niños puede ser la manifestación de un trastorno metabólico hereditario subyacente. Aunque la biopsia hepática es el estándar de referencia, otras técnicas diagnósticas como la elastografía nos pueden ayudar a valorar al paciente.

El objetivo de este caso es conocer la técnica y valores de referencia a través de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió a un paciente de 10 años, valorado por dolor abdominal, que presentó GPT 196 U/L, GOT 108 U/L, GGT 115 U/L, colesterol total 316 mg/dl, LDL 179 mg/dL, Triglicéridos 667 mg/dl, resto de los parámetros analíticos normales. En ecografía abdominal describen esteatosis hepática y en exploración física presenta un IMC 17,7 kg/m², sin otros hallazgos. Se inicia el diagnóstico diferencial de esteatohepatitis no alcohólica y se solicita elastografía con Fibroscan. Se inicia tratamiento con omega 3, pravastatina y posteriormente se asocia ezetimiba con mejoría progresiva de los parámetros analíticos.

En exploraciones complementarias realizadas hasta presenta antitran glutaminasa apolipoproteínas, perfil tiroideo, ceruloplasmina, cupremia, alfa 1 antitripsina, anticuerpos hepáticos, gasometría venosa, serología virus hepatotropos dentro de la

normalidad. Se descartó déficit de lipasa ácida así como fibrosis quística. Se solicitó estudio genético.

En el fibroscan presentó un CAP de 314 dB/m confirmando una esteatosis hepática moderada así como cierto grado de fibrosis en comparación con los valores de referencia para la edad del paciente.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La elastografía es una técnica no invasiva, indolora y reproducible. Aunque la biopsia hepática continúa siendo el estándar, ofrece una alternativa para valorar el grado de esteatosis, fibrosis y progresión de la enfermedad.

A pesar de que la mayor parte de los estudios se han realizado en adultos, parece que se correlaciona bien con la histología hepática también en niños, publicándose en los últimos años diversos puntos de corte obtenidos de pacientes pediátricos sanos.

Esta técnica nos permite medir tanto la rigidez hepática (fibrosis), como el parámetro de atenuación controlada (CAP) que miden la mayor atenuación de las ondas de ultrasonido cuando viajan a través del tejido hepático esteatósico, pudiendo recogerse estos valores en las tablas siguientes:

	Hígado no graso	Hígado graso leve	Hígado graso moderado	Hígado graso grave
CAP (dB/m)	250,91 ± 30,63	270,05 ± 44,49	327,50 ± 24,68	308,77 ± 29,13

	Valor medio, kPa +/- SD (97.5 percentile)
4-7 años	2.87 +/- 0.56 (3.96)
8-11 años	3.45 +/- 1.03 (5.47)
12-14 años	3.83 +/- 1.27 (6.32)
15-17 años	3.96 +/- 1.06 (6.03)

GLOMERULONEFRITIS; A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DE GLOMERULOPATÍA C3 POR HEMATEMESIS

Esmeralda Núñez Cuadros; Francisco Nieto Vega; María Jesús Fernández Gil; Ana Iris Rubio Asensio
Hospital Materno Infantil Regional Málaga.

INTRODUCCIÓN

Las glomerulonefritis son un grupo heterogéneo de entidades anatomoclínicas, de presentación clínica diversa y pronóstico variable. Desde un punto de vista etiológico se pueden clasificar en primarias o secundarias. Clínicamente se pueden presentar desde alteraciones asintomáticas del sedimento urinario (hematuria, proteinuria) hasta síndrome nefrítico, nefrótico o glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). La biopsia renal es en muchos casos necesaria para establecer el diagnóstico definitivo.

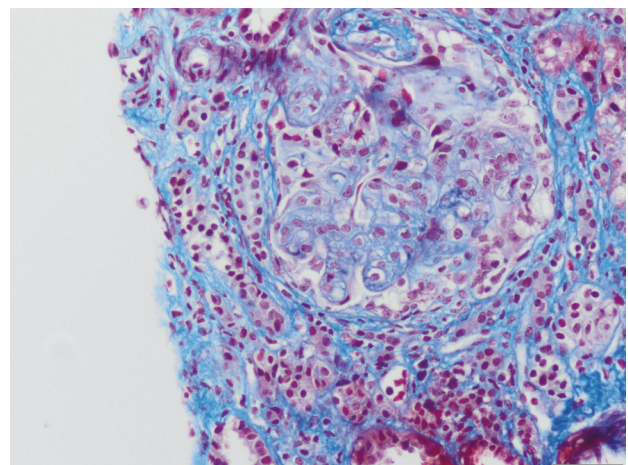
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 10 años que acude a Urgencias por vómitos de repetición, los últimos de ellos con restos hemáticos, evidenciándose en control analítico anemia hasta 8 g/dL. Durante su ingreso se completa estudio, detectándose hiperecogenicidad renal en ecografía, proteinuria, hematuria y elevación de creatinina sérica, con C3 y C4 normales, ANA positivo 1/160 y pANCA positivo 1/40. Ante sospecha de glomerulonefritis aguda secundaria a poliangeítis microscópica se programa para biopsia renal percutánea. Se inicia tratamiento inicial con bolos de 6-metilprednisolona. Al recibir los resultados preliminares de la biopsia renal compatible con glomerulonefritis C3 y esclerosis en 30% de glomérulos, se asocia micofenolato mofetilo. La evolución es desfavorable, a pesar de inicio posterior de bolos de ciclofosfamida intravenosa, ravulizumab y plasmaféresis. Actualmente se encuentra en tratamiento con hemodiálisis intermitente, desde la cuarta sema-

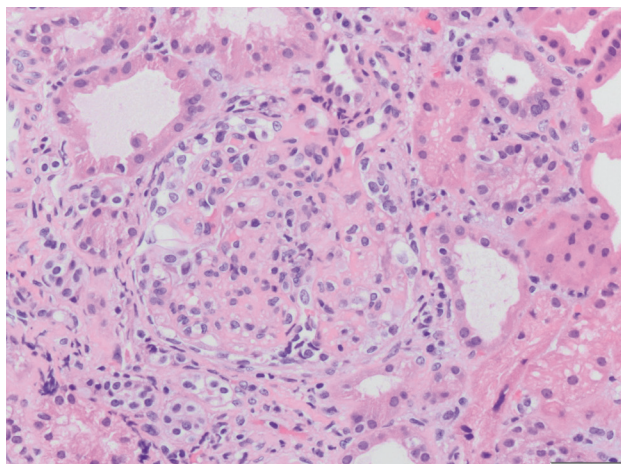
na de ingreso, considerándose el trasplante renal como último escalón terapéutico.

DISCUSIÓN

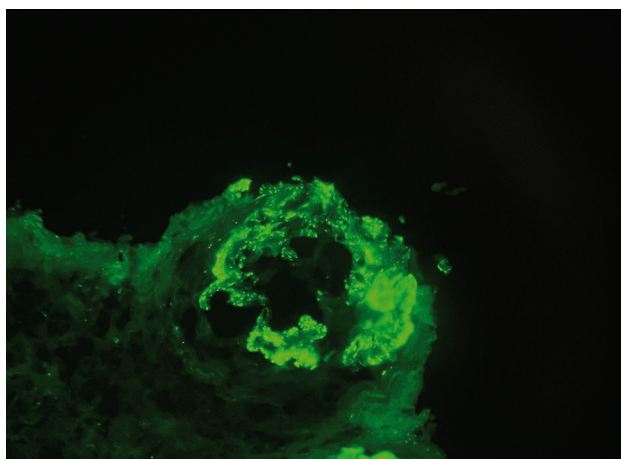
Las glomerulopatías C3 son un grupo de enfermedades raras caracterizadas por una desregulación del complemento. Su diagnóstico es histopatológico, caracterizado por depósitos exclusivos o predominantes en la inmunofluorescencia de C3. El tratamiento inicial dependerá de la gravedad del cuadro. En casos leves suele restringirse a medidas renoprotectoras generales, mientras que en casos graves con evolución a GNRP el tratamiento consistiría en la combinación de corticoides y micofenolato. Ante datos de refractariedad, se plantearía el uso de bloqueantes de la vía terminal del complemento, siendo actualmente los únicos autorizados en niños, los inhibidores de C5 (eculizumab/ravulizumab). A pesar de que la evolución inicial de nuestra paciente ha sido desfavorable, aún es pronto para decir que el daño sea irreversible, y probablemente sea necesario realizar una nueva biopsia renal de cara a decidir si continuar o suspender tratamiento. El trasplante renal se considera una alternativa terapéutica, aunque existe un alto porcentaje de recidiva (hasta el 80%). Se están investigando nuevos fármacos que actúen más arriba en la cascada del complemento: pegcetacoplan (inhibidor directo de C3) e iptacopan (inhibidor del factor B), ambos en fase de ensayo.



Glomérulo con semiluna fibrocelular (**Tricrómico de Masson**)



Glomérulo con semiluna y ovillo con expansión celular y aumento de celularidad (**Hematoxilina-eosina**)



Depósitos de C3 a nivel glomerular (**Inmunofluorescencia**)

STAPHYLOCOCCUS AUREUS: UN ENEMIGO COMÚN

Carmen María Abril Díaz; María José Escobar Muñoz; Laura Pilar Marín López; Laura Trujillo Caballero; Cristina Santibáñez Pérez; María Montoya González.

HMI Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de la piel y partes blandas son infecciones muy frecuentes en Pediatría. Los principales agentes causales son *S. aureus* y *S. pyoge-*

nes. Existe un amplio espectro de formas clínicas según el nivel de profundidad afectado, desde lesiones superficiales (impétigo, abscesos cutáneos, celulitis...) a más profundas (fascitis necrotizante, piomiositis...), pudiéndose afectar también anejos cutáneos o producirse manifestaciones mediadas por toxinas como la escaldadura estafilocócica. El tratamiento debe iniciarse de forma empírica y, en función de la localización, la extensión y la profundidad, se realizará de forma tópica o sistémica. Presentamos dos casos intrafamiliares de afectación cutánea por *S. aureus* que requirieron ingreso hospitalario por mala respuesta a antibioterapia oral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 21 meses con lesión cutánea eczematososa de 2-3 meses de evolución, intermitente, que remitía con corticoterapia tópica, y que la última semana había aumentado de tamaño, haciéndose friable y maloliente, sin fiebre ni otra clínica. Presentaba una placa eritematosa en axila derecha, de 12 cm de diámetro, con denudación de la epidermis. Dada la extensión de la lesión, se ingresó con juicio clínico de escaldadura en planta de hospitalización para tratamiento antibiótico empírico antiestafilocócico con cloxacilina intravenosa, recibándose cultivo positivo a *S. aureus* sensible a oxacilina. Se procedió al alta tras 7 días de antibiótico intravenoso con buena respuesta. 5 meses después, su hermano de 3 años ingresó por lesión impetiginizada en axila izquierda de 2 semanas de evolución sin respuesta a tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral durante una semana. Se trataba de una lesión eritematosa, de 4x4 cm con borde costroso y aspecto de intertrigo. El cultivo fue positivo a *S. aureus* meticilin sensible, teniendo una respuesta favorable a cloxacilina y clotrimazol tópico.

DISCUSIÓN

Las infecciones cutáneas por *S. aureus* son contagiosas y frecuentes. En brotes es el principal responsable y se estima que casi el 20% de la población española está colonizada por dicho germen. Dado que los portadores asintomáticos actúan como reservorio para la transmisión y que la co-

XLVIII Reunión científica de la SPAO

lonización se asocia con infección posterior, se recomienda la descolonización en infecciones cutáneas recurrentes y en entornos de transmisión continua, como vemos reflejado en nuestro caso. Una de las propuestas de tratamiento descolonizador consiste en aplicación de mupirocina nasal y enjuagues con colutorio de clorhexidina al 0,1% cada 8 horas; y lavados de la piel y cuero cabelludo con jabón de clorhexidina al 4% durante 5-10 días, además de medidas de prevención e higiene.



LOS PRIMEROS PASOS NO SIEMPRE SON TAN FÁCILES

Silvia Ortega Varga; Diego Dimas Jara Casas; Isabel Monereo Moreno; Carlota Bandrés Beltrán; Raul Alberto Garcia Martin.

HMI Virgen de las Nieves Granada

INTRODUCCIÓN

La fractura de Toddler, también conocida como fractura de los primeros pasos, afecta comúnmente a niños menores de 3 años y suele deberse a traumatismos banales, a menudo inadvertidos. Se caracteriza por ser una fractura incompleta, no desplazada, espiroidea y fina, que se localiza típicamente en el tercio distal de la tibia. Su sintomatología suele ser inespecífica, generalmente en forma de irritabilidad, cojera o rechazo a la deambulación, y las radiografías iniciales tienen una sensibilidad limitada, pudiendo ser necesarias varias proyec-

ciones radiológicas. Estos factores, junto con la naturaleza no siempre evidente del traumatismo, contribuyen a la complejidad del diagnóstico. Por esta razón, en los últimos años, la ecografía ha ganado una mayor relevancia como herramienta diagnóstica. Su tratamiento suele ser conservador, consistiendo en la inmovilización con férula completa femorotibial durante 3-4 semanas. Es importante considerar la opción del maltrato como causa subyacente de estas fracturas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 2 años que presenta marcada irritabilidad y rechazo a la deambulación tras sufrir una caída desde una silla no presenciada por sus padres. Durante la exploración clínica, se observa una constante resistencia a la palpación de la pierna derecha, lo que complica la localización exacta del dolor. No se identifica solución de continuidad de la piel ni aumento de partes blandas, sin existir limitación en la movilidad articular de la cadera, rodilla y tobillo. La radiografía anteroposterior y lateral de la pierna derecha reveló una fractura lineal, espiroidea, fina y no desplazada en la diáfisis de la tibia, sin otras alteraciones asociadas. Se optó por un tratamiento conservador, que consistió en la inmovilización mediante una férula completa femorotibial. El paciente fue posteriormente seguido por el servicio de cirugía ortopédica y traumatología para su adecuado seguimiento y manejo.

CONCLUSIONES

En la evaluación de pacientes menores de 3 años que manifiestan de manera súbita rechazo a la deambulación, cojera o irritabilidad, y en ausencia de hallazgos significativos en las radiografías convencionales, se debe considerar la posibilidad de una fractura de Toddler. En este contexto, la ecografía se presenta como una herramienta valiosa para confirmar el diagnóstico. Por otro lado, es importante indagar sobre posibles casos de maltrato en aquellos pacientes que presenten comportamientos inadecuados o atípicos, especialmente si han experimentado previamente una fractura de

Toddler u otras lesiones compatibles con maltrato infantil.



MASA ABDOMINAL EN ADOLESCENTE: IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ

Gloria Viedma Chamorro; Encarnación Villar Quedada; Javier Pedrosa Maldonado; Fatima Martin Cano; Maria José Navarro Puentes; Carmen Llamas Gutiérrez

Hospital Universitario Materno Infantil de Jaen.

INTRODUCCIÓN

La tumoración abdominal es frecuente en pediatría. Aunque la mayoría son procesos benignos es importante descartar malignidad y compresión de órganos vitales o hemorragia. Una historia clínica adecuada y exploración física exhaustiva nos puede dar una primera orientación sobre el origen de la masa abdominal. La presentación suele ser asintomática y en caso de producir síntomas pueden ser muy variados. Presentamos el caso clínico de una paciente en estudio por tumoración abdominal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 14 años que acudió a la consulta de ginecología por reglas abundantes e irregulares, dismenorrea e hinchazón abdominal. A la exploración desta-

caba el abdomen globuloso, sin dolor a la palpación y con efecto masa desde la región supraumbilical ocupando todo hemiabdomen inferior. Ante los hallazgos se realiza una ecografía abdominal donde se visualizaba una formación anecoica gigante la cual no se podía delimitar. Se completa estudio con RMN abdominopélvica observando una importante formación quística abdominopélvica de 14.7 x 26.6 x 22.2 cm con una pared bien delimitada y delgada, sin tabiques ni formaciones nodulares en su interior que desplaza estructuras intestinales, parénquima renal, páncreas, bazo y útero y sin poder delimitar el origen de la misma por la gran extensión de la misma. Ante los hallazgos y con sospecha de tumoración ovárica se solicita analítica con marcadores tumorales (Ca19, Beta HCG, alfafetoproteína y Ca 19,9) que son normales. Tras valoración por cirugía pediátrica realiza laparotomía encontrando un quiste de gran tamaño que depende del ovario izquierdo, se realiza aspiración de contenido de aproximadamente unos 750 ml de líquido intraquístico y quistectomía total. Informe de anatomía patológica de cistoadenoma seroso en ovario izquierdo por lo que es valorada en consulta de Oncología pediátrica siendo dada de alta dada la buena evolución del caso y sin precisar tratamiento.

DISCUSIÓN

*Los tumores ováricos son raros en la edad pediátrica siendo los más frecuentes los de origen de células germinales.

*El cistoadenoma seroso es un tumor derivado del epitelio celómico superficial. Suele ser benigno y pueden alcanzar gran tamaño creciendo libremente en la cavidad abdominal comprimiendo estructuras adyacentes.

*Los marcadores tumorales son importantes en la evaluación preoperatoria de los pacientes pudiendo utilizarse como seguimiento posterior a la cirugía en caso de malignidad.

*A pesar de la incidencia baja de tumores ováricos en pediatría, es importante tenerlos en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial ante una masa a nivel abdominal.

VESÍCULAS EN PEDIATRÍA: NO TODO ES INFECCIOSO

Cristina Ruiz Trescastro; Fatima Moreno Suárez; Javier Pedrosa Maldonado; Maria José Navarro Puentes; Carmen Llamas Gutiérrez; Luz Martínez Pardo.
Hospital Universitario Materno Infantil de Jaen.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas vesículo-ampollosas en pediatría constituyen un reto diagnóstico. Dentro de ellas destaca la dermatosis IgA lineal, que afecta a menores de 5 años y se caracteriza por ampollas subepidérmicas de 0.5-1cm de diámetro que asientan sobre una base eritematosa o sobre piel sana, pruriginosas y con carácter recurrente, pudiendo curar de forma espontánea. El diagnóstico se basa en la clínica, y se complementa con la histología y la inmunofluorescencia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 2 años que consulta en múltiples ocasiones en servicio de urgencias por lesiones cutáneas vesiculosas y costrosas, de carácter recurrente de varios meses de evolución. Las lesiones comenzaron en región peribucal, extendiéndose posteriormente a otras localizaciones. Afebril en todo momento. No otra sintomatología. Con diagnóstico inicial de impétigo, había recibido antibioterapia tópica y oral, con mejoría parcial pero con recurrencia de las mismas lo que motivó la consulta. A la exploración destacaban lesiones en fase de costra y alguna vesiculosa, agrupadas, sobre base eritematosa en regiones cervical posterior, retroauricular izquierda y en miembros inferiores. Alguna lesión cicatricial peribucal. Se decide ingreso hospitalario y se realiza analítica básica (hemograma normal y sin elevación de reactantes de fase aguda), hemocultivo y frotis de lesiones (ambos negativos) y se inició antibioterapia intravenosa con cloxacilina. El paciente mejoró parcialmente con curación de lesiones costrosas pero con aparición de nuevas lesiones vesiculosas también agrupadas en cuello. Se decide realización de biopsia cutánea obteniéndose como resultado en in-

munofluorescencia positividad lineal intensa para IgA en la unión dermoepidérmica, sin presencia de otros inmunocomplejos con diagnóstico compatible de dermatosis IgA lineal, iniciando tratamiento con prednisona en pauta corta y, tras valoración por dermatología, de dapsona oral, con evolución clínica favorable hasta la actualidad.

DISCUSIÓN

- La dermatitis IgA lineal constituye una entidad a tener en cuenta en pacientes pediátricos con lesiones vesiculosas características (roseta/collar de perlas), recurrentes o que no responden al tratamiento, si bien puede solaparse con otros cuadros como el impétigo.
- La biopsia cutánea con inmunofluorescencia contribuye al diagnóstico siendo característico el depósito de IgA lineal en la membrana basal.
- La dapsona se describe como el tratamiento de elección para limitar los brotes, siendo el curso de la enfermedad autolimitado.

BUSCANDO UNA HERNIA INGUINAL, SE DIAGNOSTICA DE LEISHMANIASIS VISCERAL

Laura Trujillo Caballero; Lucía Gómez López; Asal El Uardani Mohammed.

Hospital Virgen de las Nieves. Materno Infantil.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las múltiples etiologías de esplenomegalia en Pediatría, una de las más prevalentes en España es la leishmaniasis visceral (enfermedad de Kala Azar) producida por un protozoo intracelular. Presenta alta mortalidad sin tratamiento. Debe sospecharse en niños con un cuadro de fiebre de origen desconocido acompañada de hepatoesplenomegalia con citopenias, hipoalbuminemia, hipergammaglobulinemia y elevación de reactantes de fase aguda, especialmente en zonas endémicas. Para el diagnóstico existen técnicas invasivas

(aspirado de médula ósea u órgano afecto) y no invasivas (serología y PCR en sangre). El tratamiento de elección en nuestro medio es la anfotericina B liposomal en pautas cortas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 2 años que consulta en Urgencias por bultoma en ingle derecha desde hace una semana con visualización intermitente del mismo. Se realizó anamnesis detallada acompañada de exploración general básica destacando en la misma una masa en cuadrante superior izquierdo que impresionaba de esplenomegalia. Ante hallazgo incidental de esplenomegalia (confirmada por ecografía como 11.6cm), se realizó analítica sanguínea destacando anemia leve (9,1g/dl) con plaquetatopenia (91.000/mm³), leucocitos normales con fórmula linfomonocitaria e hiperIgG hasta 3753mg/dl. En bioquímica presentaba cifras elevadas de LDH y transaminasas, resto sin alteraciones. Serología para Leishmania positiva a título 1/640. Dada estabilidad clínica de la paciente sin alteraciones importantes en analítica y permaneciendo asintomática se decidió alta a domicilio con seguimiento estrecho en consulta, solicitándose nuevas serologías. En segunda serología, positividad para Leishmania por lo que se decide ingreso para tratamiento con Anfotericina B endovenosa durante 5 días; previamente realización de estudio de PCR de Leishmania en sangre y médula ósea, que resultan negativas, a pesar de lo cual se observa mejoría posterior tanto de parámetros analíticos como disminución del tamaño del bazo, con control ecográfico ya dentro de la normalidad (8cm).

DISCUSIÓN

Dada las limitaciones al realizar la historia clínica en el paciente pediátrico por la comunicación con nuestros pequeños pacientes así como la variabilidad de presentaciones clínicas de un mismo cuadro, siempre debería llevarse a cabo una exploración física sistemática y completa independientemente del motivo de consulta inicial. A pesar de que los resultados de PCR en sangre y médula

ósea fueron negativos, ante persistencia de serología positiva con esplenomegalia y citopenias leves se decidió tratar, con buena respuesta posterior, lo que demuestra la importancia de valorar al paciente en su conjunto, no sólo por el resultado aislado de una prueba.

TUMEFACCIÓN ARTICULAR Y COJERA AGUDA, NO TODO ES ARTRITIS SÉPTICA

Esmeralda Nuñez Cuadros; Antonio Medina Claro; Rocio Galindo Zavala; Laura Martín Pedraz; Beatriz Puchol Romero.

Hospital materno-infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN

El absceso de Brodie (AB) es una forma localizada de osteomielitis subaguda de difícil sospecha clínica que suele debutar con dolor persistente. La RM es fundamental para el diagnóstico diferencial. El tratamiento del AB debe incluir antibioterapia prolongada, (no inferior a 6 semanas) cubriendo *S. aureus*. y precisando con frecuencia drenaje. El pronóstico es favorable con tasa de recuperación sin secuelas del 95-98%.

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 meses con cojera de dos semanas. Inicialmente, fiebre y diarrea durante tres días. En la exploración, impotencia funcional del miembro inferior derecho, leve tumefacción y limitación dolorosa de la flexo-extensión del tobillo. Analíticamente, hemograma normal, PCR<4mg/L, VSG 11mm. Ecográficamente presentaba derrame en articulación peroneo-astragalina de 4.5mm. En artrocentesis se obtuvo líquido sinovial turbio y la citoquímica mostró: glucosa 7 mg/dL, proteínas 4.7 g/dL, leucocitos 13928 leu/uL, PM 89%. Ante la sospecha de infección osteoarticular (IOA) inició cefuroxima intravenosa. Tras 6 días, encontrándose afebril, persistía empeoramiento con rechazo del apoyo y aumento de la tumefacción.

XLVIII Reunión científica de la SPAO

Tras obtener cultivos y PCR a *Kingella* negativos, y ante los resultados de citoquímica mencionados, se desestimó el origen séptico de la artritis, planteándose como alternativas diagnósticas artritis reactiva versus artritis idiopática juvenil. Se realizó nueva artrocentesis con infiltración de acetónido de triamcinolona, cursándose nuevo cultivo de líquido sinovial.

Siete días después, acudió a revisión en consulta con mejoría parcial de los síntomas, iniciando deambulación con cojera y desapareciendo el dolor. Se evidenció crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible en líquido sinovial, reiniciando antibioterapia intravenosa con cefazolina. Se realizó TC, donde se observó AB (imagen 1). Tras cinco días con cefazolina intravenosa y cinco semanas con cefadroxilo oral presentó adecuada evolución clínica desapareciendo la tumefacción y el dolor y con marcha normal.

DISCUSIÓN

En este paciente, aunque la clínica inicial era compatible con IOA, la citoquímica del líquido articular, la negatividad de los cultivos y el empeoramiento clínico a pesar de antibiótico orientaron el diagnóstico hacia una artritis inflamatoria.

El empeoramiento clínico y aislamiento microbiológico en un segundo cultivo, obtenido tras tratamiento antibiótico y con un primer cultivo negativo, se podría explicar por el drenaje espontáneo del AB hacia la cavidad articular, que se habría producido durante el ingreso.

Habitualmente las IOA responden adecuadamente en un plazo corto de tiempo con antibioterapia pero, si esto no ocurre, aunque habría que plantearse otros diagnósticos, no debemos descartar la etiología infecciosa, especialmente una osteomielitis con o sin complicaciones.



Imagen 1. Absceso de Brodie en astrágalo en TC.

DIAGNÓSTICO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL; CUANDO LA GAMMAGRAFÍA CON PERTECNECTATO-TC99 NO NOS PONE EN LA PISTA

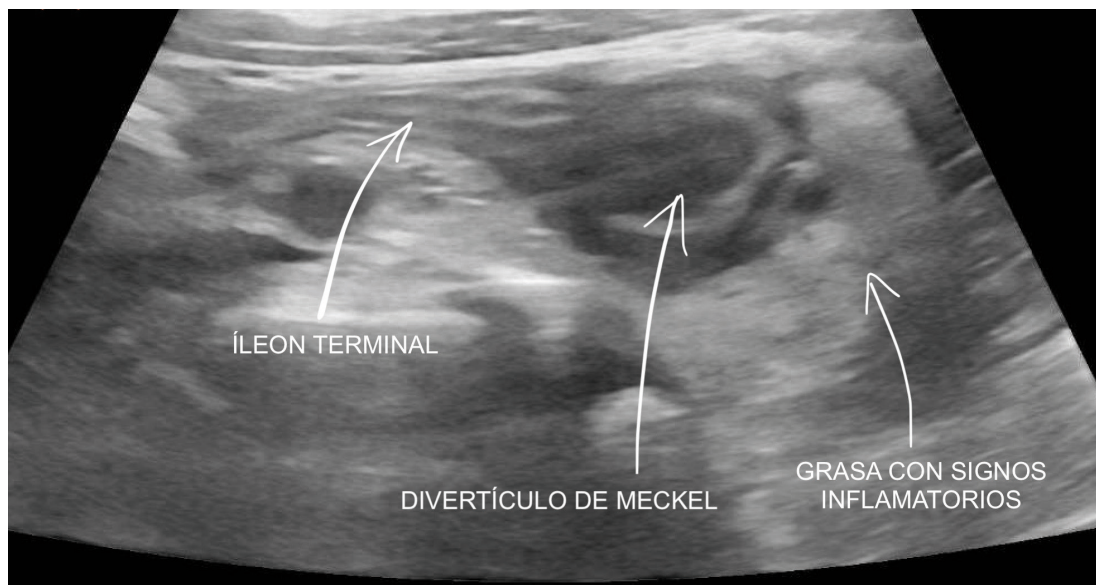
Alejandra R Martín Cerezo; Eva Aragüete Mieres; Marta García Ramírez.

Hospital Regional de Málaga

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto digestivo. Procede de la incompleta obliteración del conducto onfalo-

mesentérico presente en la vida fetal. Aunque normalmente es asintomático, aquellos que producen clínica son más frecuentes en la edad pediátrica y pueden manifestarse como hemorragia digestiva baja o como abdomen agudo por diverticulitis, obstrucción, perforación, invaginación o volvulación del divertículo. Las principales pruebas diagnósticas son: la gammagrafía con pertecnectato-Tc99, que detecta mucosa gástrica ectópica; la ecografía abdominal, que, asociada al Doppler color, aporta datos sobre morfología y complicaciones locales; la gammagrafía con hematíes marcados y la angiografía, que buscan detectar puntos de sangrado activos en el tracto digestivo.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 8 años en seguimiento y estudio por anemia ferropénica. Previo al ingreso en nuestro centro se habían realizado ecografía sin hallazgos patológicos, calprotectina fecal, coprocultivo, antígenos virales en heces negativos, sangre oculta en heces positivo y el último control de hemoglobina (Hb) la semana previa fue de 7,2 g/dl.

Acude a Urgencias tras presentar episodio agudo de vómitos asociado a rectorragia indolora muy abundante. A su llegada, presenta palidez muco-

cutánea, tendencia a taquicardia y tensión arterial normal. En la analítica realizada presenta Hb de 6,1 g/dl con plaquetas y coagulación normales. Se trasfunde un concentrado de hematíes y se solicita gammagrafía intestinal con pertecnectato marcado con Tc99. La gammagrafía no muestra captación sugerente de mucosa ectópica. Se decide realizar como segunda prueba diagnóstica ecografía abdominal, donde se evidencian hallazgos compatibles con diverticulitis de Meckel y se programa resección del divertículo. Durante el postoperatorio, la paciente requirió una segunda transfusión

XLVIII Reunión científica de la SPAO

por anemización de hasta Hb 6,7 g/dl. El resultado de anatomía patológica muestra divertículo de Meckel con ulceración e inflamación aguda y tejido pancreático heterotópico con fibrosis e inflamación crónica agudizada. La evolución posterior fue satisfactoria, con recuperación de la Hb y sin presentar nuevos episodios de rectorragia.

DISCUSIÓN

Ante la sospecha de divertículo de Meckel, la gammagrafía con pertecnato posee alta sensibilidad y especificidad cuando existe tejido gástrico heterotópico. Sin embargo, cuando no haya tejido ectópico gástrico o el sangrado sea muy abundante, dicha prueba puede ofrecer resultados falsos negativos. En estos casos destacamos la importancia de la ecografía Doppler en manos expertas como prueba accesible e inocua. Otras opciones diagnósticas son la arteriografía y la gammagrafía con hematíes marcados, las cuales poseen menor especificidad y no son valorables en caso de sangrado intermitente.

PARA TRATAR PRIMERO DIAGNOSTICAR

Paula Del Santo Fernández; Carlota Bandrés Beltrán; Raúl Alberto García Martín; Margarita Rodríguez Benjumea; Diego Dimas Jara Casas; Silvia Ortega Varga.

Hospital Materno Infantil Virgen de Las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN

La infección congénita por citomegalovirus (CMVc) representa la infección connatal más prevalente en países industrializados, afectando aproximadamente a un 0,6% de los recién nacidos. Se trata de una infección infradiagnosticada al no estar incluida en el screening de la embarazada, que además suele cursar de manera asintomática tanto en la gestante como en el feto, encontrándose el 85% de los pacientes, asintomáticos al nacimiento. Constituye la principal causa de hipoacusia neurosensorial no hereditaria y de alteraciones del neurodesarrollo a largo plazo (como parálisis cerebral y discapacidad intelectual) en los países desarrollados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido prematuro de 35 semanas, pequeño para la edad gestacional, con peso al nacimiento 1660 gramos. Diagnóstico prenatal de crecimiento intrauterino retardado y oligoamnios. En las primeras horas de vida comenzó con dificultad respiratoria, precisando ingreso en UCI neonatal. Ambos progenitores sanos, la madre trabajadora en centro escolar. A la exploración inicial presentaba hepatoesplenomegalia, microcefalia y aparición progresiva de petequias generalizadas, con exploración neurológica normal. A nivel analítico destacaba trombocitopenia severa, elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia directa y alteración de la coagulación. Se confirmó la sospecha de CMVc al detectarse DNA de CMV en orina y sangre. La gestante presentaba seroconversión reciente, con IgM positiva para CMV. La RMN cerebral demostró afectación, con asimetría ventricular y quistes subependimarios. Se inició tratamiento empírico con Ganciclovir intravenoso y posteriormente Valganciclovir oral, con evolución favorable durante su ingreso.

DISCUSIÓN

En la gestante se realiza cribado serológico de algunas infecciones TORCH, sin embargo, el CMVc, a pesar de ser la infección congénita más prevalente, no está incluido de forma global. El despistaje de CMV se realiza exclusivamente a gestantes con clínica o hallazgos ecográficos compatibles o con contactos de riesgo. Esto dificulta el diagnóstico y tratamiento precoces, importantes para evitar la aparición de secuelas a largo plazo, reduciendo la morbimortalidad de los pacientes afectados. El diagnóstico prenatal permite la administración de globulina hiperinmune en la gestante, disminuyendo el paso transplacentario y el riesgo de infección fetal. El diagnóstico neonatal se realiza mediante PCR de CMV en orina, siendo susceptibles de despistaje aquellos pacientes con seroconversión materna, hallazgos clínicos o ecográficos sugestivos, hijos de madre VIH, prematuros menores de 32 semanas y/o de 1500g y CIR. El tratamiento con ganciclovir intravenoso y/o valganciclovir oral durante 6

meses está indicado en pacientes sintomáticos o con alteraciones en las pruebas de neuroimagen, mejorando el pronóstico.

LIQUEN ESTRIADO, LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Javier Pedrosa Maldonado⁽¹⁾; Carmen LLamas Gutierrez⁽¹⁾; María Isabel Ceballos Ortega⁽²⁾; Cristina Ruiz Trescastro⁽¹⁾; María Josefa Navarro Puentes⁽¹⁾.

(1) *Hospital Universitario Materno-Infantil de Jaén.*

(2) *Centro de Salud La Magdalena, Jaén*

INTRODUCCIÓN

El liquen estriado es una dermatosis inflamatoria, autolimitada y poco frecuente, cuyo diagnóstico se basa en la clínica y en la exploración física. Aparece más frecuente en el sexo femenino, entre los 2-15 años, de predominio en extremidades. Fisiopatológicamente se debe a un mosaicismismo pigmentario. Su etiología no está bien definida, se ha visto un aumento de la incidencia en pacientes con dermatitis atópica y algunos factores desencadenantes como vacunas, picaduras, infecciones virales previas, traumatismos o algunos fármacos. El diagnóstico es clínico, la mayoría de niños están asintomáticos. En la exploración hay que tener en cuenta que esta dermatosis tiene dos fases, una primera fase donde aparecen pápulas eritematosas que se van extendiendo siguiendo las líneas de Blaschko tipo 1a (bandas estrechas) de forma distal o proximal y posteriormente aparece hipopigmentación residual. Estas características, permiten diferenciarlas de otras patologías como el liquen plano o el exantema fijo medicamentoso que, distribuyéndose a lo largo de estas líneas, suelen asociar hiperpigmentación. No está asociada a patología sistémica, a diferencia de la Incontinencia Pigmenti o la Hipomelanososis de Ito con las que hay que hacer diagnóstico diferencial. Normalmente, no requiere tratamiento, y suele desaparecer espontáneamente entre semanas y años, normalmente a lo largo de un mes. A veces, se pueden

asociar corticoides tópicos de baja potencia o inhibidores de la calcineurina tópicos, aunque no se ha demostrado que acorten la duración del cuadro.

CASO

Paciente de 10 años que acude a atención primaria por aparición de pápulas pruriginosas en el brazo derecho que se distribuyen de forma lineal sin asociar otra sintomatología y que posteriormente se extienden en sentido proximal hacia el hombro requiriendo por ello, consultar a servicio de urgencias donde se pautó corticoide tópico. Niega antecedente previo de vacunación o cuadro viral, aunque refiere que días previos había estado de campamento. Resto de antecedentes personales y familiares sin interés. Las pápulas fueron dejando una hipopigmentación residual desapareciendo en 3 semanas.

DISCUSIÓN

Muchas patologías dermatológicas pueden diagnosticarse y tratarse desde el servicio de atención primaria, sin necesidad de pruebas complementarias y derivaciones innecesarias, siempre y cuando sepamos hacer un buen diagnóstico diferencial basado en la clínica y la exploración física. A su vez, muchas de ellas son autolimitadas, siendo innecesario pautar tratamientos, nunca exentos de efectos adversos.

SÍNDROME DE AICARDI-GOUTIÈRES: FORMA INTERMEDIA DE PRESENTACIÓN EN UN LACTANTE

José Miguel Ramos Fernández; María Isabel Martínez León; Laura Martín Pedraz; Alejandro Antonio Jiménez Prados.

Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Aicardi-Goutières (AGS) forma parte de las interferonopatías tipo-1, enfermedades autoinflamatorias, de herencia predominantemente

XLVIII Reunión científica de la SPAO

recesiva, provocadas por una desregulación del sistema inmune innato, con una producción aumentada de interferón tipo 1 (IFN-1), citoquina que interviene en la respuesta inmune antiviral. En los últimos años se ha valorado la posible eficacia de los inhibidores de las JAK-quinasas en estos pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 9 meses, CIR-1 como único antecedente destacable, con alteración del tono muscular progresivo de unos 3 meses de evolución y retraso en la adquisición de hitos del desarrollo con ausencia de sedestación, hipotonía axial, tetraparesia espástica asimétrica y distonía en extensión. El nivel cognitivo parecía preservado en ese momento. La neuroimagen evidenció calcificación de los ganglios basales al TC y una alteración de la señal de ganglios basales y de la sustancia blanca bifrontal a la RM (figura 1) con espectroscopia normal. Otras pruebas normales fueron, ionograma, función renal, gasometría venosa, láctico, amonio, coagulación, perfil tiroideo/paratiroideo, ferritina, ceruloplasmina, acilcarnitinas, ácidos grasos-cadena muy larga, sialotransferrina, aminoácidos, citomegaloviruria y serología TORCH. Destacar leve hipertransaminasemia y hemograma con linfocitosis. El EEG mostraba lentificación en la actividad bioeléctrica de base; en LCR, la citoquímica y los neurotransmisores fueron normales con valores de neopterina elevados. La firma de interferón en sangre periférica fue compatible con AGS. Iniciamos tratamiento con baricitinib a los 14 meses de edad con una buena tolerancia y respuesta inicial tras 3 meses de tratamiento.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de AGS se basa en la clínica (encefalopatía subaguda progresiva, microcefalia, alteraciones motoras, pudiendo asociar clínica sistémica que incluye manifestaciones cutáneas, musculares, hematológicas...), alteraciones características en las pruebas de imagen (calcificaciones en los ganglios basales), linfocitosis en LCR y un resultado positivo en la firma de interferón, consistente en detectar la expresión de genes y proteínas inducidas por el IFN-1 en suero o LCR. La ausencia de linfocitosis en

LCR y la hipertransaminasemia sin clínica sistémica asociada, presentes en este caso, es rara. El baricitinib, (inhibidor Janus-kinasa), supone una novedosa opción terapéutica mejorando la clínica sistémica, aunque con menor experiencia en la mejoría neurológica por la menor penetrancia del fármaco a sistema nervioso central y más si el inicio del tratamiento es tardío. La infusión intratecal de baricitinib y el tratamiento precoz podrían mejorar el pronóstico global y neurológico de estos pacientes.

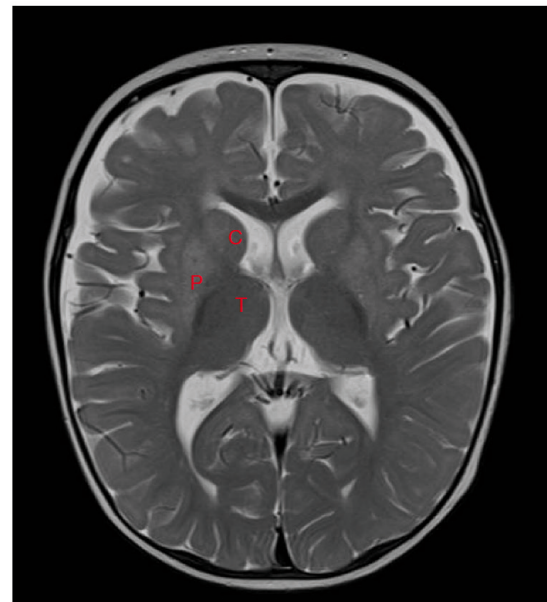


Figura 1. RM T2: hiperintensidad de señal de núcleos caudado (C) y putamen-pálido (P) sin alteración de los tálamos (T)

DISFAGIA AGUDA Y FIEBRE EN NIÑO SANO

Víctor Manuel Navas López; Encarnación Torcuato Rubio; Natalia García Lara.

Hospital Materno-Infantil de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La esofagitis herpética es una causa frecuente de esofagitis en pacientes inmunodeprimidos y muy

rara en pacientes inmunocompetentes, a pesar de la alta prevalencia del virus del herpes simple (VHS) en la población general. Sin embargo, esta entidad puede estar infradiagnosticada en pacientes sin alteraciones de la inmunidad debido a su bajo índice de sospecha ante un cuadro de odinofagia en niños sanos. A continuación se presenta un caso de esofagitis herpética en un paciente pediátrico inmunocompetente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 4 años con antecedentes de alergia al garbanzo, dermatitis atópica y episodios repetidos de regurgitación e impactación de alimentos que consulta por cuadro de fiebre elevada y dolor torácico de cuatro días de evolución, asociando un vómito aislado, odinofagia intensa y rechazo de la ingesta en las últimas 24 horas.

A la exploración presenta cercos periorbitarios, labios secos y un afta en paladar blando. Se realiza electrocardiograma y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos y analítica sanguínea donde se objetiva elevación de Proteína C Reactiva hasta 160mg/L (valor normal: <4mg/L), sin leucocitosis ni neutrofilia. Se decide ingreso hospitalario para rehidratación intravenosa, antibioterapia empírica y completar estudio.

Ante la sospecha de etiología esofágica se solicita endoscopia digestiva alta en la que se objetivan úlceras circunscritas cubiertas de fibrina, con bordes sobreelevados y surcos longitudinales en todo el trayecto esofágico, con estómago y duodeno sin alteraciones. Ante los hallazgos compatibles con esofagitis infecciosa y esofagitis eosinofílica se toman biopsias esofágicas para estudio histológico y microbiológico. Debido a la alta sospecha de esofagitis herpética se inicia tratamiento intravenoso con Aciclovir (30mg/kg/día) presentado mejoría clínica y analítica las siguientes 48 horas, permitiendo retirada de antibioterapia y alta a domicilio con antiviral oral. Posteriormente, se recibe resultado de estudio microbiológico en biopsias esofágicas con positividad para VHS-1, mientras que el estudio histológico objetiva menos de 15 eosinófilos por campo, descartándose esofagitis

eosinofílica. En revisión en consultas externas se confirma resolución del cuadro tras completar 10 días de tratamiento.

DISCUSIÓN

La esofagitis herpética es una entidad poco frecuente en pacientes inmunocompetentes, pero debe sospecharse ante cuadros de odinofagia o disfagia bruscas acompañadas de dolor torácico y fiebre. El diagnóstico definitivo requiere de endoscopia y biopsia para estudio microbiológico de las muestras. El tratamiento con aciclovir es obligatorio en inmunodeprimidos y se recomienda en los inmunocompetentes dado que disminuye los días de clínica.



RECAMBIO AUTOMATIZADO DE HEMATÍES COMO TERAPIA TRANSFUSIONAL EN PACIENTES AFECTOS DE DREPANOCITOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Sánchez Jiménez⁽¹⁾; Cristina Jiménez Cobo⁽¹⁾; María José Granados Prieto⁽¹⁾; Carmen Sánchez Ramírez⁽²⁾; Milagros Gracia Escudero⁽¹⁾ Hospital Universitario Torrecárdenas; Francisco Lendinez Molinos⁽¹⁾.

(1) Hospital Universitario Torrecárdenas

(2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de células falciformes (ECF) es uno de los trastornos genéticos de la sangre más

XLVIII Reunión científica de la SPAO

frecuentes. Es una hemoglobinopatía que puede provocar complicaciones sistémicas. Existen diferentes estrategias terapéuticas, destacando el recambio de hematíes automatizado (RBCX). No obstante, el único tratamiento curativo es el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 12 años afecto de drepanocitosis homocigota SS con diagnóstico en Marruecos y seguimiento en hospital de origen, que consulta por dolor centrotorácico de 24 horas. Afebril. En analítica: hemoglobina 8.7 g/dL, aumento de bilirrubina y LDH y PCR 1.97 mg/dL. A las 20 horas comienza con fiebre, dificultad respiratoria y elevación de reactantes de fase aguda. En la radiografía de tórax se evidencia condensación en lóbulo inferior derecho. Virus respiratorios negativos. Se inicia antibioterapia y oxigenoterapia, ante sospecha de síndrome torácico agudo (STA) se contacta con UCIP de nuestro centro. A su llegada se realiza ecografía que confirma la neumonía, así como ecocardiograma y ecoFAST: normales. Completa 7 días de tratamiento antibiótico intravenoso con mejoría. En planta se revisa su historia, no constan informes en consulta especializada en los últimos 3 años. Su última analítica completa fue hace un año y el último hemograma + HPLC hace 6 meses. Hemoglobina basal estable de 8.5 g/dL con HbS del 86% y HbF 10%. En tratamiento con hidroxiurea a 11 mg/kg/día, con eco-doppler transcraneal alterada desde abril de 2023 (previa en octubre de 2020, normal). Se realiza angioresonancia por riesgo de Accidente Cerebrovascular agudo (ACVa) y se aumenta dosis de hidroxiurea sin incidencias. Se inicia RBCX por riesgo de ACVa con infartos silentes ya presentes, y dos STA previos. Cuando acude para realización de tercer procedimiento se historia a la familia con mediador en árabe y refieren que el paciente ya presentó un ictus y varios STAs en Marruecos. Precisó transfusión de hematíes hasta en 4 ocasiones e inició tratamiento con hidroxiurea en 2015. Actualmente, continúa terapia transfusional mediante RBCX, no presentando nuevos episodios vasooclusivos.

DISCUSIÓN

La RBCX es un tratamiento eficaz para la mejora clínica de pacientes con ECF que no tienen posibilidad de trasplante. Además, con el presente caso queremos remarcar la importancia de contar con un mediador sociosanitario que facilite la comunicación médico-paciente ante barrera idiomática tan frecuente en esta enfermedad, así como la necesidad de que estos pacientes realicen un mínimo seguimiento en unidades especializadas de Hematología Pediátrica.

PANCREATITIS INDUCIDA POR ÁCIDO VALPROICO: REPORTE DE UN CASO

Jose Manuel Jiménez Hinojosa; Carlos Fuentes Lupiáñez; María Pérez Rodríguez; Begoña Esteban San Narciso; Marina Morata Izquierdo; Rocío Díaz Cabrera.
Hospital Regional Universitario de Málaga. Hospital Materno-Infantil.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda presenta una incidencia en aumento en la población pediátrica. Su diagnóstico se basa en la anamnesis, exploración física, pruebas de laboratorio e imagen. En contraposición al adulto, los medicamentos constituyen un factor de riesgo frecuente en niños, destacando el ácido valproico (AVP), asparaginasa e inmunomoduladores. Presentamos un caso pediátrico de pancreatitis por AVP reportado en nuestro Hospital.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 12 años con encefalopatía hipóxico-isquémica, hemiparesia espástica y epilepsia sintomática en tratamiento prolongado con AVP (último aumento de dosificación en los dos meses previos), zonisamida y lamotrigina. Antecedente de ingreso con 7 años por infección de remanente uracal. Acude a Urgencias por clínica de 48 horas consistente en dolor abdominal y vómitos. A la exploración TEP alterado por apariencia, con marcado decaimien-

to, signos de deshidratación moderada y dolor a la palpación abdominal generalizado. La analítica sanguínea demuestra leucocitosis leve con neutrofilia, hiperglucemia, datos de insuficiencia prerrenal, hipoalbuminemia y aumento de proteína C reactiva, con iones, lipasa, transaminasas, colesterol y triglicéridos normales. Niveles de AVP en rango terapéutico. La ecografía abdominal evidencia cambios inflamatorios en cúpula vesical y remanente uracal, iniciando cefotaxima intravenosa por sospecha de complicación infecciosa a dicho nivel. Al tercer día de ingreso presenta empeoramiento clínico con distensión abdominal y síndrome de distrés respiratorio, realizándose una Tomografía Computarizada (TC) que objetiva pancreatitis aguda necrotizante con vía biliar normal. Se modifica tratamiento con piperacilina/tazobactam, analgesia, reposo digestivo, fluidoterapia y nutrición parenteral. Se retira todo el tratamiento anticomicial, que es sustituido por lacosamida, mostrando una rápida mejoría clínica y analítica que permite el alta tras 15 días de ingreso.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda continúa siendo una entidad infradiagnosticada por lo que debemos realizar una buena historia clínica y estudio etiológico exhaustivo para encontrar posibles causas tratables. Aunque infrecuente, dada su mayor morbimortalidad debemos sospechar la etiología por AVP en pacientes con consumo crónico y clínica compatible, independientemente de su nivel plasmático y tiempo de duración del tratamiento. Aunque la lipasa sérica presenta mayor sensibilidad que la amilasa, un valor normal no descarta el diagnóstico. Los estudios de imagen, principalmente la TC, juegan un importante papel en el diagnóstico y la identificación de complicaciones. Además del tratamiento para evitar el daño inflamatorio pancreático es obligado suspender el tratamiento con AVP. Dado el riesgo de recidiva, no se podrá reintroducir dicho fármaco.

MÁS ALLÁ DEL ACNÉ

Javier Pedrosa Maldonado; Carmen Llamas Gutiérrez; Luz María Martínez Pardo; Cristina Ruiz Trescastr; María José Navarro Puentes; Fátima Moreno Suárez.

Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN

El acné fulminans es una forma poco frecuente de acné, de predominio en varones en la segunda década de la vida, caracterizado por la aparición súbita de lesiones cutáneas nóduloquísticas, exudativas y dolorosas, que evolucionan a úlceras necróticas y curan dejando cicatrices hipertróficas residuales. Se asocia con afectación del estado general, fiebre y artromialgias constituyendo una enfermedad sistémica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 13 años con el antecedente personal de acné moderado en tratamiento con doxiciclina, que consulta por empeoramiento de las lesiones y fiebre intermitente de varias semanas de evolución. A la exploración destacan lesiones nódulo-quísticas y costrosas en tórax, espalda, tercio proximal de miembros superiores y mejillas, con resto de exploración normal. Ante la sospecha de sobreinfección se solicita analítica sanguínea, destacando leucocitosis y proteína C reactiva de 67,7 mg/l; y tras extraer cultivos se inicia antibioterapia empírica, siendo suspendida tras recibir resultados negativos. Ante la persistencia de las lesiones y tras consulta a dermatología, con diagnóstico de acné fulminans se asocia corticoide sistémico presentando evolución clínica favorable, desapareciendo la fiebre a las 24 horas e iniciándose el proceso de cicatrización. En revisiones posteriores presenta cicatrices residuales y se ha optimizado tratamiento de acné con isotretinoína sin nuevas recidivas cutáneas. En la actualidad está en estudio por reumatología por cuadro de artralgias en codos, rodillas y caderas, sin inflamación articular aparente, estando pendiente de estudios complementarios para descartar síndrome SAPHO.

DISCUSIÓN

— El acné fulminans constituye una variante severa y poco frecuente de acné vulgar a tener

XLVIII Reunión científica de la SPAO

en cuenta en pacientes con empeoramiento brusco de sus lesiones iniciales sin que ello suponga una sobreinfección bacteriana.

- La existencia de síntomas sistémicos junto con las lesiones cutáneas descritas hacen que sea necesario ingreso hospitalario para control del brote con excelente respuesta al tratamiento con corticoide sistémico.
- El seguimiento a largo plazo resulta fundamental en estos pacientes, dado que ante la persistencia de la clínica o de síntomas articulares asociados, pueden ser necesarios estudios complementarios para descartar enfermedades asociadas como el síndrome SAPHO.



HALLAZGO INESPERADO EN ADOLESCENTE CON HEMATEMESIS

Javier Pedrosa Maldonado; Carmen Llamas Gutiérrez; Fátima Martín Cano; Cristina Ruiz Trescastro; Basilio Velasco Sánchez; María Aurora Pérez Parras.

Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es una patología poco frecuente en la edad pediátrica que suele cursar de forma leve y autolimitada, aunque en raras ocasiones puede ser potencialmente grave suponiendo un riesgo vital. Suele presentarse como hemate-

mesis, pudiendo acompañarse de signos de shock si se trata de una hemorragia importante. Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta en el paciente adolescente son la úlcera péptica, las varices esofágicas por hipertensión portal y el síndrome de Mallory-Weiss.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 13 años que consulta en el servicio de urgencias por vómitos de contenido hemático asociados a dolor abdominal y precordial intenso de dos horas de evolución. El paciente no refiere traumatismo previo y como antecedente de interés destaca que se encuentra en tratamiento con ibuprofeno oral a dosis de 600 mg cada 8 horas al estar cursando el virus de la gripe A. En la exploración presenta taquicardia, palidez cutánea, deshidratación de mucosas y abdomen en tabla doloroso a la palpación, especialmente en epigastrio. Se solicita una radiografía abdominal en la que se observa abundante aire libre en la cavidad peritoneal. Ante la sospecha de perforación digestiva se realiza laparoscopia exploradora urgente por parte de cirugía pediátrica, apreciándose una perforación gástrica sobre lecho ulceroso de un centímetro en la región antro-pilórica, que precisó tres puntos de sutura. Al completar el estudio descartándose la infección por *Helicobacter pylori* y con los antecedentes de ingesta medicamentosa, se realizó el diagnóstico de úlcera gástrica perforante secundaria a ingesta de AINES.

DISCUSIÓN

Ante un paciente con hemorragia digestiva alta es fundamental la estabilización hemodinámica de forma precoz seguida de la realización de endoscopia urgente y tratamiento etiológico. En nuestro caso, ante la sospecha de abdomen agudo quirúrgico por posible perforación a nivel gastrointestinal, estaría contraindicada la endoscopia realizándose de forma prioritaria una laparoscopia exploradora urgente. La perforación gástrica no traumática es un cuadro clínico muy poco frecuente en la edad pediátrica y suele ser ocurrir tras la formación de una úlcera péptica, cuya causa más frecuente en la

infancia es la infección por *Helicobacter pylori* seguida de la ingesta de AINES. La ingesta de AINES a altas dosis o durante un tiempo prolongado favorece la aparición de la úlcera péptica y aumenta la probabilidad de aparición de complicaciones, por lo que debería considerarse la administración de fármacos antiseoretos en dichas situaciones.

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN LA INFANCIA

Laura Morales Ojeda; Ana Isabel González Espín; María Pérez Rivera; María del Mar Montes Valverde; Rosa Gutiérrez Parejo; Encarnación Villar Quesada.

Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de la piel y tejidos blandos localmente agresivo y muy recurrente. La mayoría son de bajo grado con crecimiento lento y con una incidencia de metástasis < 5%. Se trata de una patología poco frecuente en pediatría por retraso en el diagnóstico debido a la confusión con tumores benignos de origen vascular. El objetivo consiste en presentar dos casos clínicos con diferente presentación y evolución.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

— Niña de 6 años derivada por Cirugía Infantil tras realización de exéresis quirúrgica de bultoma en dorso de pie izquierdo de dos meses de evolución y rápido crecimiento con resultado anatomopatológico (AP) de DFSP con márgenes afectos. A los 4 meses, se reinterviene para ampliación de márgenes con resultado de AP de neoplasia fusocelular y continuación de márgenes afectos por lo que se realiza RM así como estudio de extensión con PET-TAC sin hallazgos y secuenciación masiva con fusión entre COL1A1 y PDGFB. Se decide tercera intervención quirúrgica con necesidad de sección de tensores extensores del 2o al 5o con

reconstrucción posterior, y finalmente márgenes limpios con bordes libres. Continúa seguimiento cada 3 meses, alternando RM y ecografía, sin nuevas incidencias.

— Adolescente de 13 años que desde el nacimiento presenta una lesión de coloración de la piel de menos de medio centímetro en espalda con cambios de coloración y aumento de tamaño progresivo hasta 3 cm con aparición de dolor repentino. Se realiza biopsia y extirpación de la misma con AP de DFSP con afectación de márgenes, por lo que es reintervenida al mes con márgenes quirúrgicos no afectados y fusión del gen PDGFB. Pendiente de RMN de la lesión y estudio de extensión.

DISCUSIÓN

En los pacientes pediátricos con una placa o un nódulo cutáneo, que no tienen diagnóstico clínico característico, se podría valorar realizar una biopsia para su estudio histológico e inmunohistoquímico. En nuestros pacientes la edad, el tiempo de evolución y la forma de presentación son muy variables con las características propias de esta lesión. Debido a su potencial biológico agresivo local y alto índice de recurrencia, el diagnóstico precoz asegura una escisión quirúrgica completa con márgenes de resección amplios y un seguimiento estrecho posterior esencial. En caso de desestimar una reintervención quirúrgica por condicionar morbilidad elevada, se podrían plantear como tratamientos adyuvantes radioterapia o tratamiento dirigido con Imatinib si presenta diana terapéutica en secuenciación (PDGFB).

A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMANGIOMA SUBGLÓTICO SINTOMÁTICO

Candela Rodríguez Cueto; Andrea Pérez García; Patricia Juárez Marruecos; Esperanza Jiménez Nogueira; Antonio Bonillo Perales; Iciar García Escobar.

Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas infantiles son los tumores más frecuentes en la infancia. Suelen ser de aparición y crecimiento postnatal, proliferan durante los primeros meses de vida e involucionan previo a la pubertad. Cuando se localizan en vía aérea superior reciben el nombre de hemangioma subglótico, siendo sintomáticos sólo entre un 6-12% de los mismos a partir de las 6-12 semanas de vida.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 1 mes de vida que acude a nuestro servicio de Urgencias por cuadro de tos y mucosidad. Durante la exploración se objetiva lesión violácea laterocervical derecha sugerente de hemangioma con extensión a paladar duro derecho y presencia de tos laríngea que se trata con Dexametasona 1 mg/kg con escasa respuesta en las 48 horas posteriores. Se decide ingreso del paciente dada la edad de este para iniciar estudio de posible hemangioma subglótico con programación de RMN. Como antecedentes familiares destaca padre con enfermedad inflamatoria intestinal, no consanguinidad y sin hermanos. Antecedentes personales: soplo sistólico diagnosticado de estenosis valvular aórtica ligera.

Pruebas complementarias realizadas: radiografía de tórax sin hallazgos, resonancia magnética de cuello/cráneo con lesión a nivel cervical bilateral en la que se identifican estructuras vasculares de pequeño calibre; ecografía cervical con lesión ecogénica y patrón eco-doppler de alto flujo compatible con hemangioma en fase proliferativa; fibrobroncoscopia con pequeña imagen superficial de aspecto eritematoso violácea en zona glótica y hemangioma en zona posterior subglótica con repliegue que obstruye parcialmente la vía aérea.

Establecido el diagnóstico de hemangioma subglótico sintomático se inicia tratamiento con propranolol a 1 g/kg/día y se comienza seguimiento en las consultas externas de neumoalergia pediátrica por sospecha de hemangiomatosis múltiple.

DISCUSIÓN

En este caso se objetiva la importancia de la exploración clínica y la historia del paciente, ya que a partir de la observación del hemangioma cutáneo durante la exploración y los síntomas que relata la madre se establece la necesidad de realizar un despistaje de afectación de vía aérea superior siendo la sospecha un posible hemangioma subglótico.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO PRENATAL DE DISPLASIA FRONTAL NASAL

José María Ruiz Sánchez; Adrián Muñoz-Cruzado Rosete; Ana Extraviz Moreno; Elena FernándezCañada López-Serrano; Claudia García Barrionuevo; José Manuel Ramón Salguero.

Hospital Comarcal La Axarquía.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un recién nacido a término (41+3 SG), con peso adecuado a su edad gestacional y fruto de gestación controlada, con diagnóstico prenatal de displasia fronto nasal, sospecha de dilatación del seno dural y dudosa fisura palatina posterior. Dichos hallazgos fueron evidenciados en ecografías prenatales desde semana 20-27 de gestación y se realizaron prueba genética Array-CGH y QF-PCR con resultado dentro de la normalidad. No presentaba antecedentes familiares de interés. Parto inducido y finalizado mediante cesárea urgente por sospecha de diástasis de suturas craneales. No factores de riesgo infeccioso, streptococcus agalactiae negativo. Serologías negativas. Apgar: 9/10.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Al nacimiento destaca en la exploración física diástasis de suturas parietales con diámetro anteroposterior de 11 cm y transversal de 9 cm y protusión occipital, displasia con tabique nasal amplio, hipertelorismo, orejas de implantación baja, microftalmia bilateral y criptorquidia derecha. Paladar íntegro. Dado los antecedentes descritos ingresa

en unidad de neonatología para vigilancia clínica manteniéndose estable con constantes mantenidas y buena succión-deglución.

DISCUSIÓN

Tras el nacimiento se inicia estudio de extensión. Se solicita radiografía craneal donde se evidencia falta de osificación de parte de calota craneal frontoparietal bilateral y alteración de la morfología de la raíz nasal con ausencia de la raíz nasal. Se complementa con ecografía craneal donde destaca imagen inicial compatible con quiste aracnoideo. Controles posteriores normales.

Una vez realizado estudio preliminar, se coordina valoración multidisciplinar. En primer lugar, se realiza despistaje cardiológico destacando la presencia de foramen oval permeable sin otros hallazgos patológicos. Posteriormente, es valorado por parte de cirugía pediátrica por criptorquidia derecha realizándose ecografía testicular con ambos testículos de tamaño y ecoestructura normal (teste derecho alojado en canal inguinal con vascularización Doppler conservada) así como por oftalmología por microftalmia y ptosis palpebral leve (ecografía ocular normal). Actualmente, está pendiente de valoración por Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología y Genética así como de realización de resonancia magnética craneal.

Desde el punto de vista del seguimiento de salud infantil, hasta el momento presenta buena ganancia ponderal con desarrollo psicomotor adecuado a su edad (sonrisa social, manipula objetos con ambas manos, se lleva manos a la boca, sostén cefálico, movimiento armónicos extremidades).

DE LA SOSPECHA DE FASCITIS NECROTIZANTE AL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Alejandra Rodríguez Torres; María Belén Maldonado Martín; Andrea Baamonde Andrade; Alba Luzón Avivar; Cristina Jiménez Cobo; Gema Martínez Espinosa.
Hospital Materno Infantil Princesa Leonor

INTRODUCCIÓN

El síndrome hemofagocítico (HLH) supone un reto diagnóstico con una elevada mortalidad por la rápida progresión a fallo multiorgánico. A nivel del sistema inmune cursa con una respuesta exagerada a un desencadenante, principalmente de origen infeccioso, aunque también puede ser primario. Todo esto lo convierte en una urgencia médica que obliga a una alta sospecha clínica. A continuación, presentamos un caso de síndrome hemofagocítico secundario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Preescolar de 20 meses que acude a Urgencias Pediátricas con mal estado general y tumefacción de miembro inferior derecho (MID). Asocia fiebre de 5 días de evolución ($>38.5^{\circ}\text{C}$) sin otra sintomatología clara acompañante, salvo el edema de MID en las últimas 12 horas con rechazo a la deambulación. Consulta las 24 horas previas con test estreptocócico positivo por faringe hiperémica. Ante la sospecha séptica y posible fascitis necrotizante del miembro se inicia antibioterapia empírica intravenosa y soporte hemodinámico con volumen y drogas vasoactivas en Cuidados Intensivos Pediátricos. A la exploración además destaca ictericia con distensión abdominal, hepatoesplenomegalia y deterioro neurológico (Glasgow 11/15). El MID estaba edematoso con aumento de temperatura y pulsos disminuidos. Se extrae analítica urgente con leucopenia, trombocitopenia, hipertransaminasemia y elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza punción lumbar, citoquímica normal y ecografía de MID visualizándose trombosis venosa profunda femoral, iniciándose tratamiento con heparina intravenosa y parcialmente resuelta actualmente. Ante la sospecha de síndrome hemofagocítico secundario a estreptococo se amplía ferritina y triglicéridos siendo elevados. La paciente cumple 5/8 criterios para HLH por lo que se inicia tratamiento con Dexametasona intravenosa. Se realiza aspirado de médula ósea con la presencia de hemofagocitos. La evolución de la paciente es tórpida, por lo que se añade tratamiento con Etopósido según protocolo HLH 2004. Tras esto,

mejoría clínica que permite traslado a Planta y tras 2 semanas, alta a domicilio. Se realizó estudio genético de HLH que descarta causa primaria y estudio de trombofilia que resulta normal. Actualmente continúa tratamiento con Heparina subcutánea por persistencia de trombosis venosa profunda, con buena evolución clínica y sin datos de reactivación de la enfermedad.

DISCUSIÓN

En nuestro caso, el aislamiento del estreptococo grupo B parece ser el desencadenante. La sospecha de fascitis necrotizante no se confirmó, pero el estado de hiperactivación inmune junto con la sepsis podrían justificar el desarrollo de la trombosis venosa. El inicio precoz de corticoterapia y posteriormente Etopósido nos hacen pensar en el buen resultado posterior de la paciente.

¿DE DÓNDE VIENE TANTO AIRE? ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO DE ETIOLOGÍA INCIERTA

Daniela Ramos Jiménez; Inés Machí Castañer; Gema Martínez Espinosa; Ángela Ruiz Frías; Esperanza Jiménez Nogueira; Mercedes Ibáñez Alcalde.

Hospital Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

El enfisema subcutáneo, entidad poco frecuente en pediatría, consiste en la presencia anormal de aire en dicho compartimento con la consiguiente distensión de partes blandas. Su origen suele ser traumático, iatrogénico y, en ocasiones, de origen desconocido.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes personales: Ingreso a los 6 meses por bronquiolitis aguda. No sibilantes recurrentes. No alergias conocidas. Bien vacunada. Anamnesis: Escolar de 4 años, con fiebre y odinofagia de 24 horas de evolución. Exploración: hiperemia faríngea marcada. Test rápido estreptocócico positivo.

Se inicia tratamiento con penicilina oral. 48 horas después presenta edema en el rostro. Se sospecha una reacción alérgica a penicilina, se suspende y se pauta azitromicina. A las 10 horas reconsulta por empeoramiento clínico: dificultad para respirar, aumento del edema y cefalea. Exploración: crepitación subcutánea. Radiografía de tórax: aire libre en tejido subcutáneo cervical y ante el empeoramiento clínico es derivado al hospital de referencia con sospecha de sinusitis y enfisema subcutáneo. No antecedente traumático, tos o barotrauma. A su llegada: aceptable estado clínico, inflamación dolorosa en ambas mejillas, eritema en parte superior del tórax y crepitación en cuello, tórax y brazos. Constantes mantenidas. Se objetiva tos escasa. Pruebas complementarias: Analítica: PCT 12'39 ng/mL, PCR 20mg/dL. L 13700 (N 7560, L 3950). TAC: Marcado enfisema multicompartimental (figura 1). Evolución: Tras valoración inicial, se inicia cefotaxima y clindamicina iv, ante la posibilidad de extensión bacteriana en proximidad, junto con oxigenoterapia e ingreso en UCI-pediátrica. Durante su estancia mantiene constantes, con mejoría progresiva del enfisema. Se realiza valoración por parte de ORL y radiología sin objetivar localización del origen del mismo. Se cambia antibioterapia a ampicilina y clindamicina, permaneciendo 5 días con antibioterapia iv con evolución favorable.

DISCUSIÓN

En este caso, dado el antecedente de la faringoamigdalitis por estreptococo y la ingesta de antibiótico, el diagnóstico diferencial inicial fue una reacción alérgica, una sinusitis complicada y la fascitis necrotizante. La extensión de la afectación, el estado clínico de la paciente y las pruebas complementarias realizadas hicieron poco probables estos diagnósticos. Creemos relevante resaltar de este caso de una parte, la extensión masiva disecando planos musculares y ocupando incluso el canal medular y, por otra parte, la posibilidad, aún no descrita en la bibliografía, de que la faringoamigdalitis estreptocócica que presentaba la paciente junto con la tos escasa fueran el desencadenante de esta entidad en nuestro caso



HERMANOS HASTA EN LA GENÉTICA. DIAGNÓSTICO DE CRANEOSINOSTOSIS: CLÍNICA, IMAGEN Y GENÉTICA

Andrea Pérez García; Nazareth Fernández Rosales; Ana María Gil Fenoy; Marina De la Vega de Carranza; Tamara Pavón López; Javier Díez-delgado Rubio.

Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La craneosinostosis, cierre prematuro de una o más suturas craneales, presenta una prevalencia entre 1/2000 - 1/2500 recién nacidos. La craneosinostosis primaria (CP) es la más frecuente, (85% de total): con afectación de la sutura sagital (60%), y de la coronal (30%). Existen formas sindrómicas, con rasgos y fenotipos variables. Su diagnóstico se basa en la clínica y la imagen (ecografía y TAC) y su tratamiento es quirúrgico. La etiología de la craneosinostosis es variada, siendo la mayor parte de las CP esporádicas y aisladas. Existen hipótesis que relacionan su origen con compresiones intraútero (útero bicorne, embarazos múltiples), anomalías en los osteoblastos (alteraciones en la osificación), problemas endocrinológicos o exposición a medicamentos. Las formas sindrómicas se asocian con mayor frecuencia a alteraciones genéticas, principalmente en genes FGFR (recep-

tor factor crecimiento fibroblastos). Existen formas aisladas en las que también la genética tiene un papel diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestación gemelar bicorial biamniótico. Serologías y cribado *Streptococcus agalactiae* negativo. Parto prematuro: 2 varones, recién nacidos pretérminos (30+5), con peso adecuado para edad gestacional (primer gemelo p11 y segundo gemelo p59 Inter-growth- 21). Ambos presentan distrés respiratorio inicial (enfermedad de membrana hialina leve), precisando ventilación mecánica no invasiva, sin necesidad de surfactante; ictericia, recibiendo tratamiento con fototerapia, y sepsis nosocomial asociada a catéter por *Staphylococcus epidermidis* (primer gemelo al 6o y segundo al 9o día de vida). El primer gemelo asocia asimetría frontal con reborde óseo coronal, compatible con craneosinostosis coronal derecha, confirmada mediante ecografía de suturas. El segundo presenta asimetría craneal a expensas de turricefalia. Ecografía: fusión de sutura coronal bilateral. Sin otras malformaciones asociadas. Se solicita estudio genético: ambos pacientes presentan la variante p.Pro190Leu del gen *ALX4*, asociado a craneosinostosis 5 (herencia autosómica dominante). Estudio de cosegregación de los padres negativo, siendo una mutación de novo en ambos pacientes.

DISCUSIÓN

La importancia del estudio genético en la craneosinostosis se centra en su relación con cuadros sindrómicos. Aunque no se puede generalizar su realización en todas las CP, el estudio genético y de cosegregación familiar puede tener repercusión para el paciente y su descendientes. Además de la secuencia diagnóstica de nuestro caso (clínica y ecografía como estudio de imagen), cabe destacar la aparición simultánea de la misma mutación de novo en hermanos gemelos bicoriales, patológica para la aparición de CP, con la implicación que esto conlleva en cuanto a la descendencia.

TÉCNICA HAT EN LACERACIONES DE CUERO CABELLUDO: MIRANDO HACIA EL FUTURO

María Teresa Cáliz Molina; Laura Trujillo Caballero; María Montoya González; Cristina Santibáñez Pérez; Zianya Verónica Montero Barnola; María José Escobar Muñoz.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

Las laceraciones del cuero cabelludo son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, utilizando para su reparación suturas, grapas, cintas adhesivas y adhesivos tisulares. La técnica HAT (Hair Apposition Technique) consiste en una aproximación de las heridas del cuero cabelludo, utilizando el cabello del paciente. El objetivo es describir un caso clínico, revisando la literatura publicada para valorar los beneficios y las ventajas de dicha técnica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 5 años que acude a urgencias por traumatismo craneoencefálico y herida del cuero cabelludo. No pérdida de conocimiento ni otros factores de alto riesgo de lesión intracraneal. A la exploración presenta una laceración a nivel parietal de 4 cm de longitud que afecta a piel y tejido subcutáneo. No hay sangrado activo. El resto de exploración física y neurológica es normal. Dado los beneficios descritos en numerosos estudios sobre la técnica HAT, se decide usarla. Para ello, se limpia la herida adecuadamente y se cierra juntando los pelos de ambos lados, girándolos posteriormente y asegurando el cierre con pegamento. Se han descrito ventajas de dicha técnica: reduce el dolor; es una técnica rápida y simple; no precisa de retirada del dispositivo; no requiere cortar o afeitar el cabello y reduce los costes. Como inconveniente, destaca que sólo se pueden aproximar las capas más externas de la piel, dejando un espacio sin aproximar que puede aumentar la tasa de complicaciones como cicatrices anchas, hematomas, dehiscencias. La técnica se llevó a cabo sin incidencias. Se indicó lavado del cabello a los tres días y el pegamento fue desapareciendo gradualmente.

DISCUSIÓN

- La técnica HAT es una alternativa a los métodos convencionales que está demostrando resultados satisfactorios.
- Existen hospitales en los que dicha técnica se ha convertido en la técnica de referencia.
- Aún precisa más estudios para valorar las ventajas y los inconvenientes.



LO QUE TRAJO LA GARRAPATA QUE VINO DE DINAMARCA

Andrea Pérez García; Mercedes Ibáñez Alcalde; Nazareth Fernández Rosales; Belén González de Prádena; Leticia Martínez Campos; Patricia Juárez Marruecos.
Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Lyme es una infección multisistémica causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* sensu lato, la cual se transmite a través de la garrapata *Ixodes ricinus*. Esta enfermedad es

endémica en áreas rurales de Europa central y países escandinavos. La lesión cutánea característica es el eritema migratorio que se presenta en la fase precoz de la enfermedad, y suele tratarse de una lesión única.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 7 años de edad, residente en Alemania, que consulta en el Servicio de Urgencias Pediátrico de un hospital de la cuenca mediterránea por aparición de varias lesiones cutáneas de unas 36 horas de evolución en ambos miembros inferiores. Comenzaron en forma de pápulas eritematosas, con posterior aumento de tamaño, presentando bordes eritematosos y aclaramiento central; en total, se observaban 6 lesiones. Como antecedente personal refería un viaje a un área boscosa de Dinamarca del que había regresado hacía 5 días, y en el que había recibido picaduras de garrapatas. Se estableció el diagnóstico de sospecha de enfermedad de Lyme en fase precoz, se solicitó serología de *B. burgdorferi*, así como de otros virus exantemáticos y *Rickettsia conorii*, y se prescribió antibioterapia empírica con doxiciclina oral 4 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días. La respuesta clínica fue favorable, con resolución de las lesiones en 48 horas, y sin intercurencias clínicas. La IgG de *Borrelia* fue positiva, con IgM y resto de serologías negativas.

DISCUSIÓN

Una lesión compatible con eritema migrans en un caso pediátrico detectado en área endémica, se considera diagnóstico de enfermedad de Lyme. Nuestro caso es particular clínicamente por presentar eritema migrans múltiple, lo cual es infrecuente y se ha relacionado con una diseminación hematogéna precoz de la infección, especialmente en niños. La IgG positiva en esta fase precoz es compatible con dicha diseminación, y aunque una seroconversión hubiera apoyado el diagnóstico, no se realizó por no ser necesaria para el mismo y debido a la respuesta clínica claramente favorable al tratamiento. En España la enfermedad de Lyme es endémica de las zonas boscosas del norte peninsular, no en nuestra área, por lo que es importante saber reconocer

las lesiones características, también cuando aparecen lesiones múltiples como en nuestro caso, para obtener claves epidemiológicas, plantear la posibilidad de una infección importada, realizar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento adecuado que evite la progresión de la enfermedad.

INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS CON AFECTACIÓN AL NACIMIENTO

Andrea Pérez García; Marina de la Vega de Carranza; Tamara Pavón López; Nazareth Fernández Rosales; Ana María Gil Fenoy; Patricia Juárez Marruecos.

Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

El citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en países desarrollados, afectando al 0,3-0,6% de los recién nacidos en Europa. La primoinfección es del 1-4% durante el embarazo. En este caso, el 40% de los fetos se infecta y un 10% presenta síntomas al nacimiento, asociando un 50% secuelas permanentes (13% en asintomáticos), especialmente hipoacusia neurosensorial y retraso mental. Debe realizarse diagnóstico mediante cultivo del virus o PCR en orina recogida en las 2 primeras semanas de vida. Si es positivo, se recomienda iniciar tratamiento para disminuir la progresión de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacida de 37 semanas con antecedente de retraso de crecimiento intrauterino (CIR) tipo 1 e hidrocefalia leve. Al nacimiento presenta como hallazgos: pequeña para la edad gestacional, trombopenia, ventriculomegalia, atrofia de sustancia blanca y vasculopatía lenticulo-estriada. Se realiza despistaje de serologías víricas que son negativas y PCR de CMV en orina, positiva con carga viral elevada. Se inicia al 7º día de vida valganciclovir oral a 17mg/kg/12h. Al alta con 11 días de vida, trombopenia resuelta y exploración neurológica alterada.

Se solicitan: fondo de ojo, normal, y RMN cerebral, con ventriculomegalia, quistes periventriculares, sustancia blanca afectada y alteración del desarrollo cortical frontal bilateral. En controles posteriores presenta neutropenia como efecto secundario a valganciclovir que precisa controles analíticos frecuentes y se resuelve sin precisar ajuste de dosis. Tras 3 semanas de tratamiento la carga viral se reduce 1.328.0000->851UI/ML. Ante alto riesgo neurológico, se deriva a Otorrinolaringología (se detecta posteriormente hipoacusia severa de oído izquierdo y porta audioprótesis), Neuroneonatología y Atención temprana donde continúa seguimiento por retraso psicomotor.

DISCUSIÓN

Es importante sospechar infección congénita por CMV ante recién nacidos con CIR tipo 1 y ecografía prenatal alterada. Debemos realizar estudio analítico, ecográfico y RMN cerebral en pacientes positivos con exploración neurológica anómala para establecer pronóstico de secuelas. El valganciclovir puede disminuir la progresión de la enfermedad, por lo que se recomienda su inicio precoz, aunque no resuelve el daño establecido, siendo primordial la derivación a Oftalmología para fondo de ojo anual hasta edad escolar, a Otorrinolaringología para potenciales auditivos cada 3 meses hasta el año de vida ante posible hipoacusia neurosensorial, y a Endocrinología si es pequeño para la edad gestacional, además de establecer un seguimiento clínico en Neuroneonatología y Atención temprana para minimizar secuelas en el neurodesarrollo ante riesgo de retraso mental.

HIPERTRANSAMINASEMIA NEONATAL Y ASPECTO SÉPTICO. NO SIEMPRE ES UNA INFECCIÓN

Inés García Cáceres⁽¹⁾; Inés Vico Marín⁽¹⁾; Esperanza Orti Morente⁽¹⁾; Pamen Delgado Mainar⁽²⁾; Francisco Girón Fernández-Crehuet⁽¹⁾.

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

(2) Hospital Santa Ana Motril

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un lactante con galactosemia por deficiencia de enzima GALT. Los errores congénitos del metabolismo de la galactosa pueden presentar una elevada morbimortalidad dependiendo su pronóstico de un diagnóstico y tratamiento precoz. Los pacientes con galactosemia son asintomáticos al nacimiento, pero tras el inicio de la alimentación con lactancia materna o fórmula para lactantes con lactosa, se desarrolla un cuadro grave de intoxicación aguda generalizada que se manifiesta en forma de rechazo del alimento, vómitos, estancamiento ponderal y depresión neurológica; junto a daño hepatocelular, tubulopatía renal, cataratas y déficit inmunitario. Su tratamiento es la dieta exenta de galactosa (productos lácteos, leche materna, fórmulas con lactosa, edulcorantes alimentarios, etc). La restricción dietética ayuda a prevenir la toxicidad aguda y revierte algunas manifestaciones, pero puede no prevenir los déficits neurocognitivos. Además, se debe realizar un seguimiento del desarrollo psicomotor, de la función gonadal en mujeres y de la salud ósea.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato de doce días de vida que acude a urgencias por mala tolerancia, rechazo de las tomas, somnolencia y pérdida de hasta un 23% del peso al nacimiento. Ante la evidencia de aumento de reactantes de fase aguda en la analítica y de leucocitos en el sedimento urinario, se ingresa con diagnóstico inicial de ITU (confirmada por crecimiento en urocultivo de enterococcus faecalis). Sin embargo, a pesar de antibioterapia persiste la somnolencia y se objetiva una hepatomegalia progresiva junto con hipertransaminasemia mantenida e hiperbilirrubinemia directa, por lo que se repite la prueba del talón y se solicita estudio metabólico. A la espera de resultados se instaura fórmula elemental, comenzando con esto la mejoría tanto clínica como de la hepatomegalia y de la hipertransaminasemia. El estudio genético constata una mutación en homocigosis del gen GALT, compatible con galactosemia. A raíz de estos resultados se solicita niveles de galactosa 1-P-eritrocitaria, que resultan

patológicos. Se amplía estudio genético a los progenitores y se observa que ambos son portadores asintomáticos de la mutación. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático, con leve retraso motor y con buen desarrollo pondoestatural.

DISCUSIÓN

La sospecha diagnóstica de los errores congénitos del metabolismo en los lactantes puede prevenir importantes secuelas o incluso garantizar la supervivencia. Ante un lactante con mala tolerancia, clínica neurológica y afectación hepática la galactosemia debe entrar dentro del diagnóstico diferencial junto a otros errores congénitos del metabolismo, incluso aunque se haya constatado un proceso infeccioso.

MENINGITIS NEONATAL POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS GALLOLYTICUS

Alejandra Romero Alex; Alicia Utrera Ramos; Esther Aguilera Rodríguez; Ana Isabel Armenteros López; María Isabel Rodríguez Lucenilla; Javier Díez-Delgado Rubio.

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor.

INTRODUCCIÓN

Streptococcus gallolyticus (antiguamente denominado *streptococcus bovis*) es un microorganismo que se ha relacionado con infecciones en el adulto, aunque en la última década hay un aumento del número de casos de meningitis y sepsis neonatal por *s. gallolyticus*, siendo la subespecie *pasterianus* la más frecuente. Presentamos el caso de un neonato con un cuadro clínico de meningitis con hemorragia intracraneal en el que se aisló en sangre y en líquido cefalorraquídeo *S.gallolyticus* subespecie *gallolyticus*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato varón ingresado por ictericia para fototerapia, que a las 60 horas de vida presenta episodio de desconexión del medio, desviación conjugada

de la mirada, hipertonía hemicorporal derecha, taquicardia y taquipnea. No antecedentes personales ni familiares de interés, salvo cesárea con ventosa por desproporción cefalo-pélvica. En la ecografía transfontanelar se observa sangrado intraventricular más acusado en ventrículo derecho con afectación parenquimatosa contigua, sin signos de trombosis venosa. Se realiza analítica sanguínea en la que se objetiva hemograma normal con elevación de reactantes de fase aguda por lo que se extrae hemocultivo y se realiza punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo (LCR) hemorrágico con recuento de leucocitos corregidos 70, proteínas altas y glucosa baja. La tomografía computarizada craneal fue compatible con hemorragia de la matriz germinal grado III derecha y el electroencefalograma mostró actividad eléctrica epileptiforme. Tóxicos en orina negativos. Se inició antibioterapia empírica con ampicilina 300 mg/kg/día y cefotaxima 150 mg/kg/día y tratamiento con fenobarbital. En el cultivo de LCR se aisló *S. gallolyticus-gallolyticus*, sensible a betalactámicos, por lo que se desescaló a penicilina, completando antibioterapia durante 21 días. En hemocultivo se aisló el mismo germen, con la misma sensibilidad antimicrobiana. El paciente evolucionó desfavorablemente, con dilatación progresiva de todo el sistema ventricular que precisó de punciones lumbares evacuadoras, punción transfontanelar, cirugía endoscópica con lavado intraventricular y ventriculostomía tercera; y finalmente colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal al mes de vida.

DISCUSIÓN

Aunque en los últimos años hay un creciente aumento de sepsis y meningitis neonatales por *s. gallolyticus*, la mayoría son producidas por la subespecie *pasterianus* siendo la subespecie *gallolyticus* excepcional. La evolución clínica de estos cuadros suele ser favorable al contrario que en nuestro caso en el que el paciente presentó una evolución tórpida con hidrocefalia.

SÍNDROME DE CHARGE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana García del Moral; Valeria Vivó Porcar; Laura Serrano López; Asal El Uardani Mohammed.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

La baja incidencia y la complejidad en los cuidados de los pacientes afectados de síndromes polimalformativos suponen un reto diagnóstico y terapéutico. De ello deriva la importancia del abordaje multidisciplinar para lograr el mejor manejo del paciente crónico complejo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestación parcialmente controlada con problemática social familiar. Diagnóstico prenatal con sospecha de atresia esofágica por polihidramnios grave. Realizado CGH y array prenatal sin alteraciones. Nace recién nacido varón a término, en el que a la exploración inicial se constata fisura labio-palatina bilateral completa con premaxila protuida. Se confirma atresia esofágica tipo III con fistula traqueoesofágica. Además presenta otros signos clínicos como criptorquidia bilateral con micropene, microcefalia, hendidura palpebral estrecha e implantación baja de pabellones auditivos. Se realiza intervención quirúrgica en las primeras 24 horas para reparación esofágica junto a gastrostomía. En post operatorio destaca como complicación, la aparición de fistula pleural y estenosis de la anastomosis esofágica, precisando reintervención quirúrgica. Se amplía estudio, dada la sospecha de síndrome polimalformativo, entre los hallazgos tras realización de pruebas complementarias destaca la presencia de colobomas retinocoroideos bilaterales con potencial alteración visual, así como displasia vestibular bilateral con ausencia de los canales semicirculares, estenosis de coanas y ausencia de bulbos olfatorios, evidenciado en RMN cerebral. Además en el estudio hormonal, se constata un hipogonadismo hipogonadotropo. No otras alteraciones analíticas reseñables. Se realiza estudio genético que informa de heterocigosis en gen CHD7.

Dados los hallazgos clínicos/genéticos, el paciente es diagnosticado de síndrome de Charge.

DISCUSIÓN

El síndrome CHARGE es una entidad genética con una incidencia de 1 por cada 15.000 nacidos vivos. Dos tercios de los pacientes presentan una mutación heterocigótica o delección en el gen CDH7, si bien su diagnóstico es clínico: entre los criterios mayores modificados se encuentra la presencia de coloboma ocular, atresia/estenosis de coanas e hipoplasia/aplasia de canales semicirculares. Entre sus criterios menores: disfunción troncoencefálica, hipotálamo-hipofisaria asociando hipogonadismo hipogonadotropo, malformaciones del oído y de los órganos mediastínicos. En el caso descrito, fueron identificados los criterios clínicos en su totalidad, además de la asociación fenotípica y de la asociación genética. En su evolución, los pacientes afectados del síndrome asocian retraso cognitivo-conductual y del crecimiento. Puede además implicar hipoplasia tímica y consecuente inmunodeficiencia, lo cual ensombrece su pronóstico. Los pacientes afectados del síndrome CHARGE se consideran pacientes crónicos complejos precisando un abordaje multidisciplinar que logren mejorar su calidad de vida.

FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR: LAS DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA

María Ruiz Gavilán; Rocío Galindo Zavala; Laura Martín Pedraz; Esmeralda Núñez Cuadros.

Hospital Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN

La fiebre mediterránea familiar (FMF) es la enfermedad autoinflamatoria monogénica más frecuente en nuestro medio. Se manifiesta con episodios recurrentes de 12-72 horas de fiebre, poliserositis, artralgias/artritis y/o lesiones cutáneas tipo eritema erisipeloides, con elevación de reactantes. Su diagnóstico es clínico y su espectro

fenotípico amplio, habiéndose descrito casos graves con afectación del estado general en brotes y reactantes elevados entre brotes, con alto riesgo de amiloidosis; y casos leves con brotes menos floridos y reactantes normales entre episodios.

OBJETIVO

Describir dos casos de FMF con diferente fenotipo.

Caso 1: Niña de 10 años. Presentaba, desde el año de vida, brotes de 48 horas de fiebre, dolor abdominal, dolor torácico, cefalea y artralgias de tobillos. Había sido valorada por sospecha de abdomen agudo, sospecha de neumonía en dos ocasiones con radiografías normales y celulitis de tobillo en cuatro ocasiones. Aportaba ecografía y TAC abdominales, con esplenomegalia leve, y analítica en brote con elevación de PCR, leucocitosis, neutrofilia y anemia microcítica. En periodo asintomático se observó hemograma normal, VSG 35 mm, PCR 73 mg/L, amiloide sérico tipo A 26,7 mg/L; y se descartó etiología infecciosa, autoinmune e inmunodeficiencias primarias. Dada la alta sospecha clínica de FMF, inició tratamiento con colchicina, quedando asintomática y normalizándose los reactantes. Posteriormente se recibieron los resultados del estudio genético, confirmando la presencia de dos variantes patogénicas en heterocigosis del gen MEFV (p.M694V p.M694I).

Caso 2: Paciente de 7 años. Padre afecto de FMF con variante patogénica p.M694V en heterocigosis, que el paciente también portaba. Desde hacía dos años presentaba de 2 a 4 episodios anuales de fiebre y dolor abdominal de 48 horas de duración, con mínima elevación de reactantes, que eran normales en periodo asintomático. Los brotes aumentaron su frecuencia, decidiéndose iniciar colchicina, tras lo cual permaneció asintomático y sin alteraciones analíticas.

DISCUSIÓN

La FMF se ha considerado clásicamente de herencia autosómica recesiva. Sin embargo, en los últimos años se han descrito casos de herencia autosómica dominante con penetrancia y expresividad variable, complicando su diagnóstico. Sus

síntomas se solapan con enfermedades mucho más prevalentes en niños, por lo que puede pasar desapercibida si no mantenemos un alto grado de sospecha. En casos graves la actividad inflamatoria mantenida provoca una amiloidosis secundaria, pudiendo llevar a un fracaso renal, que podría evitarse con un diagnóstico y tratamiento precoces. En los casos leves, se puede realizar un manejo más conservador sin que ello afecte al pronóstico.

SORPRESA EN EL BANCO DE LECHE HUMANA

Carlota Bandrés Beltrán; Raúl Alberto García Martín; Margarita Rodríguez Benjumea.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de *T.pallidum* al feto por vía transplacentaria o a través de lesiones activas durante el parto. La clínica puede manifestarse de forma precoz, con linfoadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia o manifestaciones de SNC, o bien tardía, con la triada de Hutchinson (nariz en silla de montar, dientes de Hutchinson y paladar ojival). A pesar de ser una entidad poco frecuente en nuestro medio, gracias a los cribados serológicos del primer trimestre de gestación, en los últimos años se ha objetivado un aumento de la incidencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante de 1 mes de vida que acude a urgencias por cuadro de fiebre y rechazo de las tomas. Sin hallazgos significativos a la exploración, se extrae analítica sanguínea, muestra de orina y determinación de virus respiratorios. Se constata antígeno de Covid-19 positivo y en analítica destaca linfomonocitosis con hipertransaminasemia a expensas de ALT y ALP. Por otro lado, en el contexto de donación de leche materna al banco de leche humana del hospital, se obtiene resultado positivo para *T.pallidum* en serología materna de control con RPR, anticuerpos treponémicos.

micos y TPHA positivos. Debido al cuadro infeccioso y los hallazgos serológicos maternos, se ingresa para estudio y tratamiento. La gestación fue controlada, normoevolutiva y con serologías primer trimestre negativas. Al reexplorar al paciente, se objetiva leve hepatomegalia y lesión cutánea compatible con sífilis secundaria en área escapular. Se inicia estudio de sífilis congénita: pruebas treponémicas y no treponémicas en sangre, VDRL en LCR, ecografía abdominal y radiografía de huesos largos. A raíz de los hallazgos, se descubre contacto sexual de riesgo paterno y exantema cutáneo de predominio plantar durante la gestación. Se diagnostica de sífilis congénita al cumplir criterios: serología con RPR, anticuerpos treponémicos y TPHA positivos y clínica compatible (hepatomegalia y lesión cutánea). Se inicia tratamiento con bencilpenicilina G intravenosa. Ante normalidad del resto de pruebas (LCR, ecografía abdominal y radiografía huesos largos), se mantiene tratamiento intravenoso 10 días según protocolo, con evolución favorable, siendo alta con seguimiento en consultas de Enfermedades Infecciosas, sin aparición de secuelas hasta este momento.

CONCLUSIONES

- A pesar del cribado serológico del primer trimestre, pueden existir casos de sífilis congénita por contagio durante el embarazo, por lo que debería plantearse repetir el control serológico en el tercer trimestre, en casos de contacto sexual de riesgo.
- Ante cualquier exantema no habitual, plantearse la posibilidad del diagnóstico.

SÍNDROME DE LAS TUBERÍAS OXIDADAS, DE NUESTRO INTERÉS CONOCERLO EN LA PLANTA DE MATERNIDAD

Cristina Ruiz Trescastro; Javier Pedrosa Maldonado;
Cristina Castillejo Nieto; Gloria Viedma Chamorro; Luz
María Martínez Pardo.

Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de las tuberías oxidadas hace referencia a la secreción de color rojizo o anaranjado que puede aparecer en la leche materna durante el postparto inmediato e incluso en ocasiones en el último trimestre de gestación. La causa se cree que es un incremento de la vascularización en los alveolos y ductos mamarios.

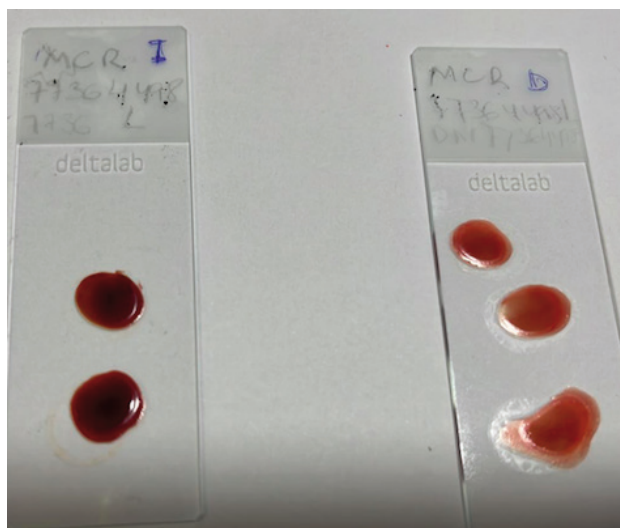
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se describe el caso de una mujer de 32 años, primípara, con único antecedente de Síndrome SAHA periférico que ingresa el día 8 de enero de 2024 en la Planta de Maternidad tras dar a luz a un recién nacido a término de 41+2 semanas de gestación de peso adecuado para la edad gestacional en un parto vaginal eutócico sin incidencias. La gestante refería salida de líquido sanguinolento del pezón desde el tercer trimestre de embarazo. La secreción era bilateral y no se apreciaban bultomas palpables. Tras descartar signos de alarma, evidenciar secreción y recoger muestra de ambas mamas, se cursa citología con el siguiente resultado: "células inflamatorias y macrófagos con abundantes hematíes". Se comenta la benignidad del proceso con la puérpera y la no existencia de criterios que impidan continuar con la lactancia materna. Treinta y seis horas después de su ingreso y previo al alta, se objetiva calostro de color normal. Al ser primípara se cita a la paciente en la consulta de lactancia la semana siguiente comprobando la instauración de la misma y no objetivando nueva secreción anómala.

DISCUSIÓN

El síndrome de las tuberías oxidadas, calostro marrón o síndrome de rusty-pipe es una afección benigna y en la mayoría de las ocasiones se resuelve de forma espontánea sin necesidad de tratamiento, una vez que la producción de leche se va incrementando. Si persiste más allá de la primera semana postparto, sería necesario descartar otras causas. En la planta de maternidad nuestra atención como pediatras no debe prestarse ex-

clusivamente al recién nacido, es importante también asegurar el cuidado de la madre. A pesar de su temporalidad y benignidad, consideramos importante conocer este síndrome para dar una mejor respuesta a las gestantes que puedan presentarlo y evitar que tanto las puérperas como los sanitarios que las atienden se alarmen con este tipo de entidades.



MUTACIÓN PATOGENICA EN EL GEN NR5A1 CAUSANTE DE DESARROLLO SEXUAL DIFERENTE EN UN PACIENTE VARÓN

Esperanza Orti Morente; Inés García Cáceres; Inés Vico Marín; Raúl Hoyos Gurrea.

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

El gen NR5A1, encargado de codificar al factor de esteroidogénesis 1, juega un papel fundamental en el desarrollo y diferenciación sexual, de la glándula adrenal, bazo e hipotálamo.

Mutaciones en él pueden afectar a ambos sexos, aunque son descritas principalmente en varones. Las manifestaciones pueden incluir hipospadias, micropene, criptorquidia, infertilidad, disgenesia

testicular y/o anorquia, pudiendo asociar además insuficiencia adrenal, y con menor frecuencia alteraciones esplénicas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 2 años en seguimiento desde la semana 20 de embarazo por diagnóstico prenatal de ambigüedad genital. Cariotipo fetal 46,XY. Edad gestacional 38+4.

Al nacimiento presenta micropene e hipospadias. Se realizan las siguientes pruebas complementarias:

1. Ecografía pélvica y abdominal: criptorquidia bilateral.
2. Perfil hormonal (eje hipofisogonadal y suprarrenal): normal.
3. Microarray: 46,XY, sin alteraciones.
4. Test ACTH respuesta límite, pero no compatibles con hiperplasia suprarrenal congénita,
5. Test corto de Beta-HCG: respuesta normal.
6. Panel NGS ambigüedad genital: mutación probablemente patogénica en heterocigosis en el gen NR5A1: NM_004959.4:c.50G>T p.(G17V).

Se realizó tratamiento con testosterona con la intención de mejorar el desarrollo genital. Posteriormente se realizó ureteroplastia y ortoplastia.

DISCUSIÓN

En el caso presentado aparecen alteraciones como micropene, hipospadias o criptorquidia bilateral. Tanto la fórmula cromosómica como el perfil hormonal eran normales, por lo que se descartaron otras causas más frecuentes de DSD. Y por ese motivo se solicitó un estudio genético más amplio.

Mutaciones en el gen NR5A1 podrían ser responsables de hasta un 5% de DSD, e incluso se ha postulado como causa frecuente de varones estudiados en la edad adulta por infertilidad.

El espectro clínico es amplio y va desde alteraciones de la espermatogénesis a importantes alte-

XLVIII Reunión científica de la SPAO

raciones del desarrollo testicular, con la singular asociación de insuficiencia adrenal o alteraciones esplénicas.

Por tanto, una deficiente respuesta en el test de ACTH, sin ser sugerente de hiperplasia adrenal, en el contexto de estudio de paciente con DSD, debe ponernos en la pista de mutación en este gen. La insuficiencia adrenal puede estar presente o no, o desarrollarse más adelante, por lo que es importante monitorizar la función adrenal en el seguimiento posterior.

Dado su baja prevalencia, las enfermedades asociadas a alteraciones en el gen NR5A1 pueden estar infradiagnosticadas. Es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con alteraciones del desarrollo sexual y de la función reproductiva. En el caso de confirmarse, se debe hacer un cribado y seguimiento del resto de alteraciones que pueden asociarse.

FASCITIS NODULAR. UTILIDAD DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR COMO NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Asal El Uardani Mohammed; Maria Dolores Montilla Castillo; Juan Francisco Pascual Gazquez; Irene Pelaez Pleguezuelos.

Hospital Universitario Materno Infantil Virgen de Las Nieves.

INTRODUCCIÓN

Las proliferaciones fibrosas constituyen un amplio grupo de entidades que se comportan de forma diversa, desde completamente benigna hasta maligna con posible recidiva y metástasis.

Dentro de las benignas se incluye variedad de entidades, como la fascitis nodular (FN), consistente en una proliferación miofibroblástica, benigna y autolimitada, normalmente localizada en extremidades superiores, tronco, cabeza y cuello en adultos jóvenes. Suele presentarse como

un nódulo subcutáneo, recubierto por piel móvil, ligeramente doloroso a la palpación y con rápido crecimiento en pocas semanas, deteniéndose posteriormente. Este rápido crecimiento e hiper celularidad puede llevar a la confusión con una lesión sarcomatosa, lo cual conllevaría cirugías innecesarias.

En el diagnóstico es útil la ecografía y la RMN, no existiendo características patognomónicas. El diagnóstico definitivo es histológico.

Si bien clásicamente se ha considerado la FN un proceso reactivo, recientemente se ha identificado un reordenamiento genético con la formación del gen de fusión MYH9-USP6, lo cual parece confirmar la naturaleza neoplásica clonal de la FN. Sin embargo existen casos de curación espontánea, así como de recidiva tras cirugía.

El tratamiento indicado es la extirpación quirúrgica, con buenos resultados. Los corticoides intralesionales se reservan para casos concretos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 12 años, previamente sano, que acude a su pediatra por tumoración anterior en rodilla derecha, de pequeño tamaño, con leve molestia sobretudo al practicar deporte, sin limitación funcional. Se solicita ecografía, que informan como probable lesión quística benigna, decidiéndose actitud expectante. Dado el crecimiento progresivo de la lesión se decide derivación a cirugía pediátrica, realizándose nueva ecografía y RMN, siendo las imágenes compatibles con sarcoma de partes blandas como primera posibilidad, no pudiendo descartarse sarcoma sinovial o fibrosarcoma.

Se realiza biopsia, informándose la anatomía patológica como proliferación fibromixóide de bajo grado, considerando como principal hipótesis diagnóstica la NF (la cual muestra una compatibilidad morfológica, aunque la expresión inmunohistoquímica es inespecífica). En el estudio molecular (secuenciación masiva de genes) se confirma el diagnóstico de FN al confirmarse la positividad para el gen de fusión MYH9-USP6.

DISCUSIÓN

Existen muy pocas publicaciones de casos de FN en la infancia, presentándose aquí un caso con biopsia inicial difícil de interpretar, aportando el diagnóstico definitivo el estudio molecular.

La identificación de una anomalía sensible y específica en la FN (gen de fusión MYH9-USP6) es una potencial nueva vía diagnóstica para estas lesiones, evitando así el diagnóstico erróneo de sarcoma y por tanto reduciendo las consecuencias del tratamiento agresivo las mismas.

¿ELEVACIÓN DE CREATININA PLASMÁTICA SINÓNIMO DE DAÑO RENAL AGUDO?

Candela Rodríguez Cueto; Raquel Sánchez Jiménez;
José Sánchez López-Gay; Ana Mar Ruíz Sánchez;
Francisco Vela Enriquez.

Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La creatinina plasmática es el marcador endógeno más utilizado para valorar el filtrado glomerular. Sin embargo, presenta limitaciones a la hora de evaluar el mismo porque sus niveles séricos pueden variar por múltiples factores (edad, sexo, raza, estado nutricional...). La anorexia nerviosa puede afectar al riñón de numerosas formas siendo las más frecuentes el daño renal agudo (DRA), alteraciones hidroelectrolíticas y nefrolitiasis. El aumento de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que conducen a patología renal nos obliga a tener un exhaustivo control y conocimiento de la función renal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente varón de 13 años con anorexia nerviosa desde 2022, en seguimiento por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) y Digestivo que presenta elevación de cifras de creatinina plasmática. Ingresado en USMIJ para control alimentario y de peso. En analítica de control se eviden-

cia una elevación en las cifras de urea (47 mg/dL) y creatinina (0.92 mg/dL), suponiendo un Filtrado Glomerular estimado (FGe) de 72 mL/min/1.73m². Tres meses antes las cifras de creatinina eran de 0.61 mg/dL (FGe 108 mL/min/1.73 m²). Presentaba diuresis normal pero un aumento de creatinina sérica de 1,5 veces sobre la basal, lo cual es criterio diagnóstico de DRA estadio I, según la KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Se realiza despistaje de afectación renal en paciente con TCA para descartar organicidad del cuadro (serologías, autoinmunidad, inmunoglobulinas) y cistatina C para confirmar el FGe. Todos los datos analíticos son normales, incluyendo los niveles de cistatina C sérica, con lo cual se descarta el DRA. En cuanto a la alimentación, el paciente sigue una dieta equilibrada debido al ingreso, salvo permisos domiciliarios. Finalmente, se rehistoria al paciente y sus familiares sobre la alimentación en domicilio. El padre cuenta que le da batidos hiperproteicos no prescritos por los facultativos. Se suspende la administración de batidos hiperproteicos y se realiza control analítico con normalización de creatinina y urea plasmáticas en los 15 días siguientes.

DISCUSIÓN

La creatinina sérica es un buen marcador para evaluar el FGe siendo importante conocer sus limitaciones. La preocupación por alcanzar el canon de belleza impuesto por la sociedad actual ha contribuido con la aparición de ciertos hábitos dietéticos como el consumo aumentado de proteínas. Los adolescentes e incluso escolares de menor edad se están sumando cada vez más a este tipo de tendencias, siendo este caso reflejo de dicha problemática.

ORGANICIDAD VS. FUNCIONALIDAD: UNA DIFÍCIL BATALLA

Cristina Santibáñez Pérez; María Montoya González;
Laura Pilar Marín López; Laura Trujillo Caballero; Zianya
Verónica Montero Barnola; María José Escobar Muñoz.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos con síntomas neurológicos funcionales reúnen un grupo de patologías poco estudiadas. Cursan con una gran variedad de síntomas motores o sensoriales que pueden ser confundidos con trastornos orgánicos, pero que presentan incongruencias en la exploración física y pruebas complementarias que no justifican la clínica. Por lo tanto, es importante un buen abordaje inicial para evitar acciones innecesarias que puedan tener efectos adversos sobre el paciente. Presentamos un caso clínico de un trastorno conversivo en un paciente en edad pediátrica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 9 años que ingresa en Planta de Hospitalización por debilidad de miembros inferiores de aparición brusca que causa imposibilidad para la bipedestación. Asocia también sensación de mareo e inestabilidad, sin alteraciones sensitivas. A la exploración neurológica, se objetiva inestabilidad a la sedestación y bipedestación, pero conserva fuerza y sensibilidad en extremidades, incluso mantiene los miembros inferiores en contra de gravedad, y los reflejos osteotendinosos están presentes. Se completa estudio con analítica sanguínea, tóxicos en orina, TC craneal, RMN craneal, electromiograma y electroneurograma, siendo todas las pruebas normales. Ante la incongruencia de los síntomas, la exploración física y las pruebas complementarias, se sospecha trastorno neurológico funcional y es valorada por Salud Mental. Se detecta problemática familiar como posible factor desencadenante de la clínica. Se consensúa con la madre de la paciente iniciar tratamiento placebo para ver si existe mejoría. Tras el mismo, ceden los síntomas y la paciente se encuentra clínicamente estable, con exploración neurológica normal y se consigue la deambulación.

DISCUSIÓN

Los trastornos de síntomas neurológicos funcionales, entre los que se encuentra el trastorno conversivo, son cada vez más frecuentes en la edad pediátrica, sobre todo en niños de mayor edad y

adolescentes. Incluyen una variedad de síntomas que surgen ante un factor estresante. En el caso del trastorno conversivo, los síntomas no son fingidos, ya que responden a motivaciones inconscientes. Suponen una alteración de la calidad de vida del paciente y su familia, así como un consumo importante de recursos sanitarios. Es importante realizar un diagnóstico precoz, evitando pruebas y tratamientos excesivos que refuerzan el papel del enfermo. Debe ser un diagnóstico positivo, no basándose solo en el descarte de otras entidades tras una sucesión de pruebas negativas. El tratamiento principal consiste en la terapia cognitivo conductual. Se debe realizar un abordaje interdisciplinar entre Pediatría y Psiquiatría intentando minimizar la carga emocional, haciendo entender la naturaleza de los síntomas y evitando invalidarlos.

TRATAMIENTO EXCEPCIONAL CON ELESCLOMOL-COBRE PARA ENFERMEDAD DE MENKES: ¿EN LA LÍNEA DE UN NUEVO TRATAMIENTO?

Elena Godoy Molina⁽¹⁾; Sthepanie Lotz Esquivel⁽²⁾; Rosa Marqués Pérez-Bryan⁽³⁾; Inés Medina⁽⁴⁾; Aurora Mateos⁽⁵⁾; Francesc Martínez Palau⁽²⁾

(1) UGC Pediatría. Hospital Regional Universitario de Málaga. Ibima Plataforma Bionand. Málaga

(2) Departamento de Genética. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

(3) Centro de Atención Temprana Infantil Dr Miguel de Linares Pezzi. Málaga.

(4) Unidad de Neuropsicología. Neurología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

(5) Menkes International Association. Málaga

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Menkes (EM) es una enfermedad rara multisistémica sin tratamiento curativo. El único tratamiento que parece modificar la evolución de la enfermedad es el Histidinato de Cobre (His-Cu) de inicio neonatal. En formas graves, su efectividad es limitada, falleciendo los pacientes

en los primeros años de vida. En 2020 se publican estudios preclínicos con la molécula Elesclomol-Cobre (ES-Cu) que muestran capacidad de difusión del cobre al SNC y mitocondrias; esto motiva la creación de un grupo de trabajo internacional que estudia y desarrolla un protocolo de administración para un paciente con EM. En 2021, se recibe autorización de uso excepcional por la AEMPS, iniciándose su administración con formato N-of-1. Exponemos su evolución y situación clínica actual.

DESCRIPCIÓN

Paciente nacido a término con sospecha de EM por antecedentes maternos. Confirmación genética al 4º día de vida. Inicia His-Cu al 5º día. Durante el primer año de vida mantiene controles analíticos sin alteraciones significativas con cobre y ceruloplasmina normales. A nivel de neurodesarrollo, retraso en todas áreas con angio-RM a los 10 meses que objetiva vasculopatía SNC, retraso de mielinización y atrofia supratentorial leve. Inicia ES-Cu sc semanal con 20 meses en dosis ascendente con monitorización clínico-analítica estrecha, mantiene His-Cu salvo el día de administración de Es-Cu. En primeros 12 meses no eventos adversos salvo nódulos subcutáneos similares a los que presenta con His-Cu. Reacciones locales inflamatorias con 200mcg que empeoran tras ascenso a 250mcg, requiere espaciar dosis y finalmente descenso a 150mcg con mejor tolerancia. Angio-RM a los 8.5 meses de tratamiento con estabilización de vasculopatía sin atrofia ni alteraciones de mielinización. A nivel neurológico, mejoría evidente en todas las áreas cuantificada mediante Bayley-III (figura 1) hasta percentiles normales para la edad salvo en dominio motor grueso, pero con progresión y mejoría cualitativa desde el inicio.

Actualmente 3. 8/12 años, camina sin ayuda 24 metros en un minuto, salta, trepa, se incorpora del suelo sin ayuda y sube/baja escaleras. No crisis convulsivas.

DISCUSIÓN

En nuestro paciente, el tratamiento con ES-Cu ha mostrado buen perfil de seguridad, sin eventos

adversos graves y resultados neurológicos prometedores. Dada la ausencia de tratamientos curativos, este fármaco, asociado a His-Cu, se presenta como una opción terapéutica que puede modificar el pronóstico de vida y la evolución neurológica de los pacientes, requiriéndose más estudios para confirmar estos resultados; pero abriendo el camino a una nueva línea de tratamiento que puede cambiar el curso de la enfermedad.

ENCEFALITIS AGUDA ¿HERPÉTICA?, NUESTRO RETO DIAGNÓSTICO

Candela Rodríguez Cueto⁽¹⁾; Alba Luzón Avivar⁽¹⁾; María Belén Maldonado⁽¹⁾; María Ortiz Pérez⁽¹⁾; Patricia Aguilera López⁽¹⁾; María Amparo Fernández Campos⁽²⁾

(1) Hospital Universitario Torrecárdenas

(2) Centro de Salud Almería Centro

INTRODUCCIÓN

La encefalitis aguda es un cuadro conocido dentro de la edad pediátrica, siendo las infecciones virales la causa más frecuente. Sin embargo, no hay que olvidar aquellas secundarias a mecanismos inmunomediados, que cursan con una afectación rápida y progresiva. Nuestro caso, parte desde una alta sospecha inicial de encefalitis desde Atención Primaria (AP) facilitando un estudio y tratamiento precoz.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Escolar de 7 años derivada desde AP por sospecha de encefalitis aguda. Destaca en exploración comportamiento atípico, ataxia y bradilalia. Fiebre días previos. A las 12 horas presenta deterioro neurológico grave (Glasgow 7-8/15) que precisa ingreso en Cuidados Críticos Pediátricos precisando ventilación mecánica invasiva. Durante el ingreso desarrolló estatus epiléptico refractario a medicación. El líquido cefalorraquídeo (LCR) de características virales, fué negativo a VHS y dudoso a VHH-6 y VHH-7 por baja carga viral. Ante la rápida progresión del cuadro y la severidad del mismo, se deci-

XLVIII Reunión científica de la SPAO

de mantener tratamiento antiviral con Ganciclovir y foscarnet, además de administrar megabolos de corticoides e inmunoglobulinas por no poder descartar un cuadro inmunomediado. El electroencefalograma informa de afectación difusa grave y en el TAC se evidencian amplias áreas hipodensas en región temporal, sugerente de causa herpética. Los anticuerpos en LCR resultan negativos. Tras ser extubada y sin efecto de sedación, persiste un nivel de conciencia bajo con escasa interacción con el medio que mejora con los días y la rehabilitación. Se realiza RMN cerebral que pone de manifiesto una gran afectación de regiones temporales, haciendo más probable el diagnóstico de encefalitis herpética. Nuestra paciente permanece 2 semanas en planta, con una evidente mejoría neurológica. Al alta es revisada en varias consultas, actualmente realiza vida normal, con algunas dificultades en el aprendizaje. Se repitió RMN cerebral con franca mejoría de la afectación temporal.

DISCUSIÓN

Con este caso, queremos recalcar la importancia de instaurar un tratamiento precoz ante la sospecha de encefalitis a pesar de las dificultades diagnósticas que se puedan encontrar. La realización de RMN es de vital importancia para apoyar la etiología del cuadro. La buena comunicación entre los pediatras de AP y el hospital es clave para el éxito de estos pacientes.

INFECCIÓN POR ECHINOCOCCUS GRANULOSUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UNA SERIE DE CASOS

Marta Alejandra Romero Alex ⁽¹⁾; Mercedes Ibañez Alcalde ⁽¹⁾; Leticia Martínez Campos ⁽¹⁾; Miguel Sánchez Forte ⁽²⁾; Tomás Ferraris ⁽¹⁾; Evelyn Huber Hospital ⁽¹⁾

(1) Hospital Materno Infantil Princesa Leonor

(2) Centro de Salud La Cañada

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una infección parasitaria causada por *Echinococcus granulosus*, endémica en nues-

tro país y Norte de África. La fase inicial de la infección suele ser asintomática, y su diagnóstico suele realizarse en edad adulta, aunque puede adquirirse y ser sintomática en edad pediátrica. Detectar una infección por *E. granulosus* en niños es importante a nivel de Salud Pública, ya que implica una transmisión reciente.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Se presentan tres casos de hidatidosis tratados en un hospital de tercer nivel entre 2011 y 2023. Fueron 3 varones de 5 (caso 1), 6 (caso 2) y 10 años (caso 3) respectivamente. Los tres procedían de familias originarias de Marruecos, uno de ellos fue diagnosticado en este país antes de migrar y los otros dos eran nacidos en España. La forma de presentación fue por clínica respiratoria (fiebre y tos) en el caso 1 y dolor abdominal en el otro diagnosticado en nuestro centro (caso 2). Los casos 1 y 2 presentaban quistes hepáticos y pulmonares, el 1 múltiples pulmonares bilaterales y uno solitario hepático; el caso 2 uno pulmonar y uno hepático. El caso 3 presentaba 13 quistes hepáticos. Los dos diagnosticados en nuestro centro fueron confirmados por serología. Los tres recibieron tratamiento médico con albendazol inicialmente, con disminución del tamaño de los quistes. Los casos 2 y 3 precisaron cirugía, el 3 con hepatectomía derecha y segmentectomía izquierda por la extensa afectación y el 2 con marsupialización del quiste hepático. Este último continúa en tratamiento médico por el quiste pulmonar (6 meses actualmente), pendiente de cirugía si la precisara. El caso 1 a pesar de la extensa afectación pulmonar respondió favorablemente al tratamiento médico, que se mantuvo 9 meses y no requirió cirugía.

DISCUSIÓN

A pesar de la infrecuencia de la hidatidosis en edad pediátrica, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los quistes hepáticos y/o pulmonares, especialmente en niños procedentes de áreas endémicas, aunque puede adquirirse en nuestro medio. El diagnóstico de sospecha se establece por las pruebas de imagen y se confirma mediante

serología. Aunque en un alto porcentaje requieren tratamiento quirúrgico, el tratamiento médico con albendazol puede disminuir el tamaño de los quistes previamente a la cirugía o incluso ser curativo. Realizar un diagnóstico precoz es prioritario para iniciar un adecuado tratamiento erradicador y evitar su propagación.

IRRITABILIDAD Y VÓMITOS EN EL LACTANTE: NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Carmen María Abril Díaz; María José Escobar Muñoz; María Luisa Alés Palmer; Raúl Alberto García Martín; Cristina Santibañez Pérez; Zianya Verónica Montero Barnola.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

Existe patología urgente en lactantes manifestada con signos/síntomas de inicio súbito, pero poco específicos (irritabilidad, palidez, vómitos, dolor abdominal, taquipnea...), siendo su sospecha diagnóstica inicial complicada. Realizar una correcta estabilización y evaluación inicial, así como pruebas complementarias adecuadas, son claves para su diagnóstico. Se presentan dos casos de este tipo diagnosticados en Urgencias de un hospital de tercer nivel.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1

Lactante de 10 meses que consulta por dolor abdominal desde hace 36h, asociado a un vómito oscuro, sin otra sintomatología. Como antecedentes, fue CIR y presentaba fallo de medro ($p < 3$). En la exploración física, destacaba hipoventilación pulmonar derecha, dolor abdominal y un pico febril. Se realizó una radiografía de tórax (Figura 1), evidenciándose una hernia diafragmática derecha. Un TC de tórax confirmó el defecto en la porción media-posterior del hemidiafragma derecho, con escaso parénquima pulmonar colapsado. El con-

tenido herniado era fundamentalmente de colon derecho, estando la mayor parte del hígado infra-diafragmático. Se realizó una reducción quirúrgica urgente vía abdominal y herniorrafia, con buena evolución posterior.

Caso 2

Lactante de 2 meses que acude por irritabilidad, palidez y decaimiento de 3h de evolución. En la exploración, destacaba palidez cutánea con discreta cianosis peribucal, tiraje subcostal y taquipnea (50 rpm), afebril, auscultación cardiopulmonar normal y saturación 98% sin oxigenoterapia. Tras su estabilización inicial, se realizan pruebas complementarias, destacando sólo leucocitosis (18.500/ μ L) de predominio linfocitario y trombocitosis, con PCR y procalcitonina negativas. Durante su observación, mantiene irritabilidad, rechazo de la ingesta y dos vómitos. Se realiza una ecografía abdominal y un posterior TC abdominal con contraste intravenoso, observándose una hernia diafragmática posterior izquierda, que contiene al intestino delgado y parte del colon derecho, con signos radiológicos de obstrucción e hipoperfusión intestinal. Se interviene vía abdominal urgentemente, evolucionando favorablemente. La figura 1 muestra la radiografía previa a la intervención.

DOLOR DORSO-LUMBAR ¿CUANDO PENSAR EN CAUSA TUMORAL?

Claudia Rico Carmona; Rocío Galindo Zavala; Laura García Hidalgo; Esmeralda Núñez Cuadros.

Hospital Materno Infantil de Málaga.

INTRODUCCIÓN

El dolor en el lactante o en cualquier paciente incapaz de verbalizar lo que siente supone un reto diagnóstico. Para determinar su localización nos apoyaremos en la anamnesis, la exploración física y pruebas complementarias como la gammagrafía ósea o la resonancia magnética, especialmente ante la presencia de datos de alarma como el dolor nocturno o la fiebre, entre otros. Por otra par-

te, para valorar la intensidad del dolor utilizaremos escalas en función de la edad del paciente como la escala FLACC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 2 años con cuadro clínico de 3 semanas de evolución de dolor a nivel dorso-lumbar, intermitente, que interrumpe el descanso nocturno y cede con antiinflamatorios. Ocasionalmente aparece tras orinar. Además, presenta estancamiento ponderal desde los 6 meses de vida. Mal comedor habitual. Mantiene lactancia materna.

A la exploración destaca una marcada desnutrición (peso: 10.1kg (<p1 -2.57DE), talla 88cm (p14; -1.07DE) e IMC 13.04kg/m² (<p1; -2.57DE))

Durante el estudio inicia alimentación con sonda nasogástrica. Se realiza analítica de orina, radiografía de columna y gammagrafía ósea siendo normales. El hemograma y los reactantes de fase aguda son normales, aunque destaca una hiper-gammaglobulinemia. Diversas serologías y el hemocultivo son negativos, también los anticuerpos de celiaquía y la calprotectina fecal. En ecografía abdominal se objetiva hepatomegalia homogénea y, en RM, una lesión intramedular en columna dorsal compatible con tumor intramedular.

El paciente se interviene quirúrgicamente realizando una resección de la lesión. En la anatomía patológica se evidencia glioma de bajo grado. Dado que no fue posible una resección completa se inicia tratamiento adyuvante con vinblastina con buena evolución, desaparición del dolor y recuperación nutricional (peso 11.4kg (p3; -1.9DE), talla 90cm (p5; -1.69DE) e IMC 14.07kg/m² (<p7; -1.51DE)) a los 8 meses.

DISCUSIÓN

Ante un niño con dolor dorso-lumbar hay que realizar un diagnóstico diferencial que incluya trastornos mecánicos, inflamatorios, infecciosos y tumorales.

El glioma de bajo grado constituye el tumor más frecuente del sistema nervioso central. Pese a no

tratarse de un tumor con repercusión sistémica, el dolor puede ocasionar una disminución de la ingesta acentuando la desnutrición en pacientes con bajo peso de base.

El tratamiento está basado en la cirugía, buscando la resección completa con la menor morbilidad posible. En algunos casos cuando la resección es parcial se administrará tratamiento adyuvante buscando la estabilidad del tumor con la menor toxicidad posible.

HIPOCALCEMIA ASINTOMÁTICA EN HIPOPARATIROIDISMO AUTOSÓMICO DOMINANTE ASOCIADO A SORDERA NEUROSENSORIAL Y DISPLASIA RENAL

Esperanza Orti Morente; Inés García Cáceres; Inés Vico Marín; Vega Garzón Hernández.

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

La hipocalcemia es uno de los trastornos más frecuentes del metabolismo mineral en la infancia. Sus causas son muy numerosas, aunque las más frecuentes son la deficiencia de vitamina D, el hipoparatiroidismo y los defectos del receptor-sensor del calcio. En el caso del hipoparatiroidismo, puede aparecer de forma aislada o asociado a otras malformaciones o síndromes genéticos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años, en analítica sanguínea rutinaria en atención primaria se objetiva hipocalcemia, hipomagnesemia y leve hiperfosforemia. Como única clínica hiporexia de dos años de evolución. No pérdidas digestivas. Desarrollo pondoestatural y neurológico normal. Fenotipo normal. No hipoplasia dental ni fragilidad ungueal.

Como antecedentes familiares destaca edad paterna de ochenta años y madre con problemas en

la lectoescritura y dos hijos de diferente padre fallecidos a los 16 meses y 14 meses (a partir de los 3 meses aparición de alteraciones visuales, retraso psicomotor y fallo hepático).

Se deriva a Endocrinología Pediátrica y se realiza analítica con metabolismo fosfocálcico completo. Persistía hipocalcemia e hipomagnesemia, con PTH anormalmente normal, vitamina D, reabsorción tubular de fosforo, índice calcio/creatinina y magneuria normal. En un primer momento se sospecha hipoparatiroidismo secundario a hipomagnesemia y se inician suplementos de calcio y magnesio, con discreta mejoría. Se solicita RMN craneal, estudio genético y Array con resultado normal. Se realiza ecografía abdominal con hallazgo de agenesia versus atrofia renal izquierda. Se amplía estudio genético y se detecta una variante considerada patogénica en gen GATA3, que asocia hipoparatiroidismo, disgenesia renal y sordera sensorial. Es valorado por ORL con diagnóstico de hipoacusia sensorial bilateral, con posterior colocación de prótesis auditivas.

DISCUSIÓN

En la evaluación de un paciente con hipocalcemia debe hacerse especial énfasis en la anamnesis clínica (antecedentes familiares, antecedentes de cirugía, infecciones recurrentes y enfermedades asociadas) y en el examen físico.

Una vez confirmada la hipocalcemia, siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de que exista una hipomagnesemia asociada, causa excepcional pero importante en la infancia, especialmente si la hipocalcemia no responde de forma adecuada al aporte de calcio y vitamina D. Posteriormente, la determinación de las concentraciones plasmáticas del fósforo, de PTH, creatinina y 25(OH)D son necesarias para orientar el origen de la hipocalcemia.

Una de las causas más frecuentes de hipocalcemia en la infancia es el hipoparatiroidismo. Las formas de hipoparatiroidismo asociadas a otras malformaciones incluyen el síndrome HDR o de Barakat, de herencia autosómica dominante, en el que, junto con el hipoparatiroidismo, los pacientes manifiestan

retraso de crecimiento, sordera neurosensorial y displasia renal. Este cuadro sindrómico está determinado por mutaciones del gen que codifica el factor de transcripción GATA3 (10p14-10pter), que es fundamental para el desarrollo de la paratiroides, el riñón, oído interno, timo y sistema nervioso central.

A PROPÓSITO DE UN CASO: INMUNOTERAPIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, MÁS ALLÁ DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS CONVENCIONALES

Carmen Campano Jiménez; Marta Cortés Hernández.
Hospital Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición en 1997 de la inmunoterapia se ha producido una mejora en la supervivencia y pronóstico de distintos tipos de cáncer infantil. Sus efectos secundarios difieren de los propios de las terapias convencionales, por lo que debemos conocer y prever estos síntomas, para poder diagnosticarlos si aparecen y saber manejarlos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 7 años afecta de un glioma de bajo grado, que recibió como parte de tratamiento de esta enfermedad una cirugía y dos líneas de quimioterapia convencional. Tras la detección de la fusión KIAA1549-BRAF en el estudio de NGS (Next generation sequencing) tumoral, se inició terapia dirigida con Trametinib (inhibidor de MEK). Además, estuvo en tratamiento con enalapril durante un año debido a hipertensión multifactorial. La paciente consulta refiriendo disnea y astenia de varios días de evolución, así como paroniquias y reacción acneiforme generalizada. Se inició tratamiento tóxico para la afectación cutánea con antibioterapia y corticoides y se realizaron pruebas complementarias (ECG, ecocardiografía) que revelaron una disminución de FEVI mayor de un 20% con respecto

XLVIII Reunión científica de la SPAO

a estudios previos, precisando inicio de enalapril en dosis ascendentes.

DISCUSIÓN

La vía de las MAPK (BRAF-MEK-ERK) está implicada en la proliferación, diferenciación, supervivencia y senescencia celular; motivo por el que se encuentra implicada en diversos tumores infantiles. Se puede abordar mediante la inhibición de BRAF o de MEK y tienen efectos secundarios comunes y frecuentes como son las reacciones cutáneas (presentes en hasta un 90% de los pacientes). La afectación se ha relacionado con mayor tasa de respuesta general o supervivencia; pese lo cual, es un efecto adverso que dificulta la adherencia al tratamiento y que debemos mitigar. También presen-

ta otros efectos comunes a la mayoría de terapias sistémicas inmunológicas como son la fiebre, diarrea o cefalea. Además, la inhibición de MEK presenta dos efectos secundarios muy graves como son la cardiotoxicidad y la toxicidad retiniana. Con respecto a la primera, se debe principalmente a la inhibición de ERK, que posee efecto cardioprotector; es independiente de la dosis y reversible. La toxicidad retiniana se produce por alteración del epitelio pigmentario, produciendo desprendimientos de retina serosos, variando el pronóstico según la afectación. Debemos conocer estos efectos ya que nos pueden involucrar desde distintos ámbitos, siendo necesario el seguimiento de estos pacientes por parte de cardiología y oftalmología, por los efectos potencialmente graves.

ÁREA MÉDICA

TRABAJOS ORIGINALES



REVISIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL: NEFRONIA LOBAR AGUDA Y PIONEFROSIS

Jose Manuel Ramón Salguero; Adrián Muñoz-Cruzado Rosete; Cristina Antúnez Fernández; Claudia García Barrionuevo; Elena Fernández Cañadas López-Serrano.
Hospital comarcal La Axarquía, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La infección urinaria es una de las infecciones bacterianas más frecuente en pediatría. Existen distintos tipos como la nefronia lobar aguda (NLA) y la pionefrosis, objeto de discusión en este estudio. La NLA es una infección bacteriana aguda no abscesificada, localizada en los lóbulos renales y la pionefrosis, la infección y obstrucción del sistema colector que produce hidronefrosis secundaria. Ambas precisan tratamientos agresivos y prolongados. Su reconocimiento precoz permite un manejo adecuado y una reducción del riesgo de urosepsis y cicatrices renales.

OBJETIVO

Describir las manifestaciones clínico-analíticas, ecográficas, los patógenos más frecuentemente aislados, el tratamiento y la evolución de las NLA y pionefrosis de niños ingresados en un hospital comarcal en los últimos 5 años.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con NLA y/o pionefrosis, ingresados en un hospital comarcal, entre enero 2019 y diciembre 2023, realizado mediante la revisión de historias clínicas. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y relativas y las variables cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ).

RESULTADOS

En este periodo se han obtenido 7 pacientes con estas infecciones, 5 NLA y 2 pionefrosis, con mediana de edad 24 meses [RIQ 2 - 48] y sin predominio de sexos. Todos presentaron fiebre y algún otro síntoma (2 dolor abdominal, 4 disminución de la ingesta y 1 irritabilidad). A nivel analítico ningún paciente tuvo alteración de la función renal, pero todos presentaron leucocitosis (mediana 18640/mm³; RIQ [14090 - 27120]), elevación de proteína C reactiva (mediana 78 mg/l; RIQ [24.4 - 233]) y procalcitonina (mediana 2.88 ng/ml; RIQ [1.51 - 4.88]). Los patógenos aislados por urocultivo fueron: *Escherichia Coli* (2/7), *Citrobacter koseri* (1/7), *Enterococo faecalis* (1/7), *Enterobacter cloacae* (1/7). En 2 pacientes no se consiguió aislar germen. Todas las ecografías mostraron alteraciones sugestivas y 3/7 pacientes tenían malformaciones urinarias previas (una estenosis unión pieloureteral izquierda, un doble sistema bilateral y una malrotación renal derecha). Todos recibieron antibioterapia durante 21 días con una

XLVIII Reunión científica de la SPAO

mediana de 10 días intravenosa [RIQ 7-13]. Uno de los pacientes con pionefrosis precisó nefrostomía percutánea. En cuanto a secuelas sólo 1 paciente mostró cicatriz renal en la gammagrafía realizada a los 6 meses del evento.

CONCLUSIONES

La NLA y la pionefrosis son infecciones poco frecuentes, pero complejas, que precisan tratamiento antibiótico prolongado y en ocasiones, manejo quirúrgico. El diagnóstico precoz es fundamental para instaurar el tratamiento adecuado y el seguimiento tras el alta es necesario para evaluar posibles secuelas.

REVISIÓN GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL, ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Elena Fernández-Cañadas López-Serrano; Jose Manuel Ramón Salguero; Adrián Muñoz-Cruzado Rosete; José María Ruiz Sánchez; Lourdes Artacho González.

Hospital comarcal La Axarquía, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNA-PI) es la causa más frecuente de glomerulonefritis aguda en pediatría y se debe a un daño glomerular inmuno-mediado desencadenado por una infección extrarrenal. Las manifestaciones clínicas son variables, predominando el debut en forma de síndrome nefrítico. Los estreptococos son responsables de la mayoría de GNAPI. Desde inicios del año 2023 se produjo un aumento de casos de infección estreptocócica invasiva, motivo por el cual hemos realizado una revisión de las GNAPI en los últimos años en un hospital comarcal.

OBJETIVO

Revisión de casos de GNAPI en nuestro centro en los últimos 5 años, epidemiología y clínica predominante, parámetros analíticos diagnósticos y estudio de las infecciones desencadenantes ha-

ciendo hincapié en la búsqueda de casos por estreptococo y el aumento de la incidencia en 2023.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con GNAPI, ingresados en un hospital comarcal, entre enero 2019 y diciembre 2023, realizado mediante la revisión de historias clínicas. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y relativas y las variables cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ).

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 5 pacientes con GNAPI, mediana de edad al diagnóstico de 6 años, RIQ [5-7] y predominio de sexo masculino (3/5). Todos los pacientes debutaron en primavera, 3 de ellos en 2023. Las infecciones desencadenantes fueron: 2 faringoamigdalitis agudas (1/2 por estreptococo grupo A), 2 infecciones respiratorias de vía inferior sin patógeno aislado y 1 mononucleosis por VEB. En 3/5 pacientes el daño glomerular fue concomitante a la infección responsable salvo en los casos debidos a faringoamigdalitis aguda. El motivo de consulta fue hematuria macroscópica. La proteinuria fue un hallazgo común en todos ellos con índice proteína/creatinina urinario mediano 2,1 mg/mg, RIQ [1,7-3,2]. Los 3 pacientes de 2023 tuvieron proteinuria en rango nefrítico. 2/5 presentaron, además, datos de insuficiencia renal aguda oligúrica e HTA. Se demostró descenso de la fracción C3 del complemento en todos ellos con valor mediano 29 mg/dl y RIQ [24-42], normalizándose en un periodo mediano de 7 semanas, RIQ [4-8]. Hasta ahora ningún paciente ha presentado secuelas.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de casos, las GNAPI fueron secundarias a infecciones respiratorias y faringoamigdalares. Aunque no hemos encontrado un aumento de casos producidos por estreptococo, cabe destacar el predominio estacional primaveral y la concentración de casos en 2023 (3/5), los cuales, además, presentaron proteinuria en rango nefrítico, hallazgo poco frecuente, según lo descrito en la literatura.

DONACIÓN DE LECHE EN "X". MODELO DE ACTIVIDAD DE UN BANCO DE LECHE REGIONAL

Manuela Peña Caballero; Valeria Vivó Porcar; Ana García Del Moral; Inmaculada Juguera Rodríguez; Patricia Miranda Romera.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

El Banco de Leche del "X" de "X" inició su actividad en el año 2010, y actualmente es el único Banco de Leche Humana (BLH) de "X". Desde el año 2011, el BLH distribuye leche donada pasteurizada a otros centros hospitalarios, que a su vez actúan como punto de atención a donantes y recepción de leche donada. Además, existen hospitales comarcales que colaboran en la recepción de leche donada, aunque no precisen de leche donada pasteurizada por las características los pacientes que atienden.

OBJETIVO/MÉTODO

Describir la organización y actividad de un BLH como centro regional encargado de distribuir la leche donada pasteurizada a otros centros hospitalarios. Se analizarán los datos obtenidos en los seis últimos años de actividad (2018 - 2023).

RESULTADOS

Entre los años 2018 y 2022 se han inscrito al BLH un total de 1237 donantes de leche. El volumen de leche cruda donada se ha ido incrementando con los años, destacando el año 2021, coincidiendo con la pandemia por Sars-Cov-2, año en el que también se dispensó más volumen de leche y un mayor número de neonatos se beneficiaron de su administración. Los principales receptores han sido aquellos con un peso < 32 semanas de edad gestacional, aunque neonatos con mala tolerancia digestiva o que precisaron intervenciones quirúrgicas abdominales en los primeros días de vida o aquellos que han requerido proceso de hipotermia activa también se han beneficiado en todos los centros.

CONCLUSIONES

La actividad centralizada en un BLH regional y la distribución de leche pasteurizada a otros centros hospitalarios es un modelo válido organizativo de los BLH. Disponer de Centros de atención a donantes y recepción de leche donada, distribuidos en toda el área de influencia del BLH facilita las donaciones de leche y ha permitido el incremento de actividad del BLH. La distribución de leche donada pasteurizada desde un Banco único, permite atender/cubrir las necesidades de neonatos ingresados en las UCIN de varios Centros Hospitalarios, que son los principales candidatos a recibir leche donada.

	Nº madres donantes inscritas	L e c h e c r u d a (litros)	L e c h e p a s t e u r i z a d a (litros)	L e c h e d i s p e n s a d a (litros)	L e c h e d i s p e n s a d a a c e n t r o s p e r i f é r i c o s (litros)	Nº Recién nacidos receptores	Nº Recién nacidos receptores <1500 gramos
2018	149	973,9L	887,95L	697,59L	345,32L	420	216
2019	202	917,4L	890,33L	717,05L	343,125L	404	242
2020	229	1081,1L	1025,74L	641,9L	418,74L	358	206
2021	221	1361,8L	1217,15L	1211,2L	596,3L	566	282
2022	235	1018,8L	978,93L	716,64L	482,9L	382	207
2023	201	1315,9L	1153,7L	931L	360,5L	434	220

LECCIONES APRENDIDAS DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL HERPES NEONATAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Antonio Medina Claros; Begoña Esteban San Narciso; Claudia Rico Carmona; María Ruiz Gavilán; Carlos Fuentes Lupiáñez.

Hospital Materno-Infantil de Málaga.

INTRODUCCIÓN

El herpes neonatal, aunque es una entidad infrecuente, presenta una elevada morbilidad y mortalidad sin el tratamiento adecuado. La vía de transmisión más común es la perinatal y puede manifestarse como afectación cutáneo-ocular-oral, del sistema nervioso central o diseminada.

OBJETIVO

Describir los factores epidemiológicos, clínicos, etiológicos y la actitud terapéutica, así como el pronóstico y las secuelas, en pacientes diagnosticados de herpes neonatal en un hospital de tercer nivel.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de los casos de herpes neonatal diagnosticados en un periodo de ocho años (2016-2023) en pacientes de un hospital pediátrico de tercer nivel, analizando variables demográficas, clínicas, etiológicas y terapéuticas, así como su evolución.

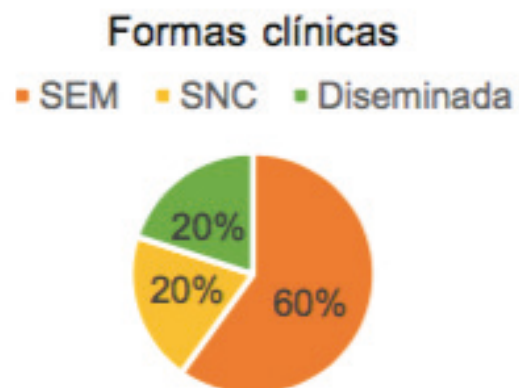
RESULTADOS

Se incluyeron 5 casos (3 varones y 2 mujeres), todos a término, que al ingreso tenían entre 8-20 días de vida. Una de las madres presentó lesiones genitales y en otra se observó positividad al VHS-2 en exudado vaginal. Cuatro pacientes fueron diagnosticados por reacción en cadena polimerasa (PCR) positiva para VHS-1 en sangre y/o LCR y solo uno fue causado por el VHS-2 (con PCR positiva en muestra de superficie). En cuanto a las

formas clínicas, tres pacientes fueron clasificados como enfermedad cutáneoocular-oral, otro como afectación del SNC (que presentó alteraciones en la ecografía y RMN cerebral) y otro como forma diseminada con afectación hepática y renal. Ninguno de ellos presentó alteraciones citoquímicas en el LCR ni en la analítica sanguínea inicial. Todos los casos fueron tratados con aciclovir intravenoso y la mediana fue de 4 días desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento. En aquellos pacientes con afectación del sistema nervioso o PCR positiva en LCR la duración fue de 21 días (previa comprobación de negativización de PCR en LCR) tras lo que recibieron posteriormente pauta supresora con aciclovir oral durante 6 meses. El caso de afectación cutánea con PCR negativa en sangre y LCR recibió 14 días de tratamiento intravenoso sin precisar posteriormente tratamiento domiciliario. Ninguno presentó secuelas posteriores, aunque dos casos presentaron recurrencia de las lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES

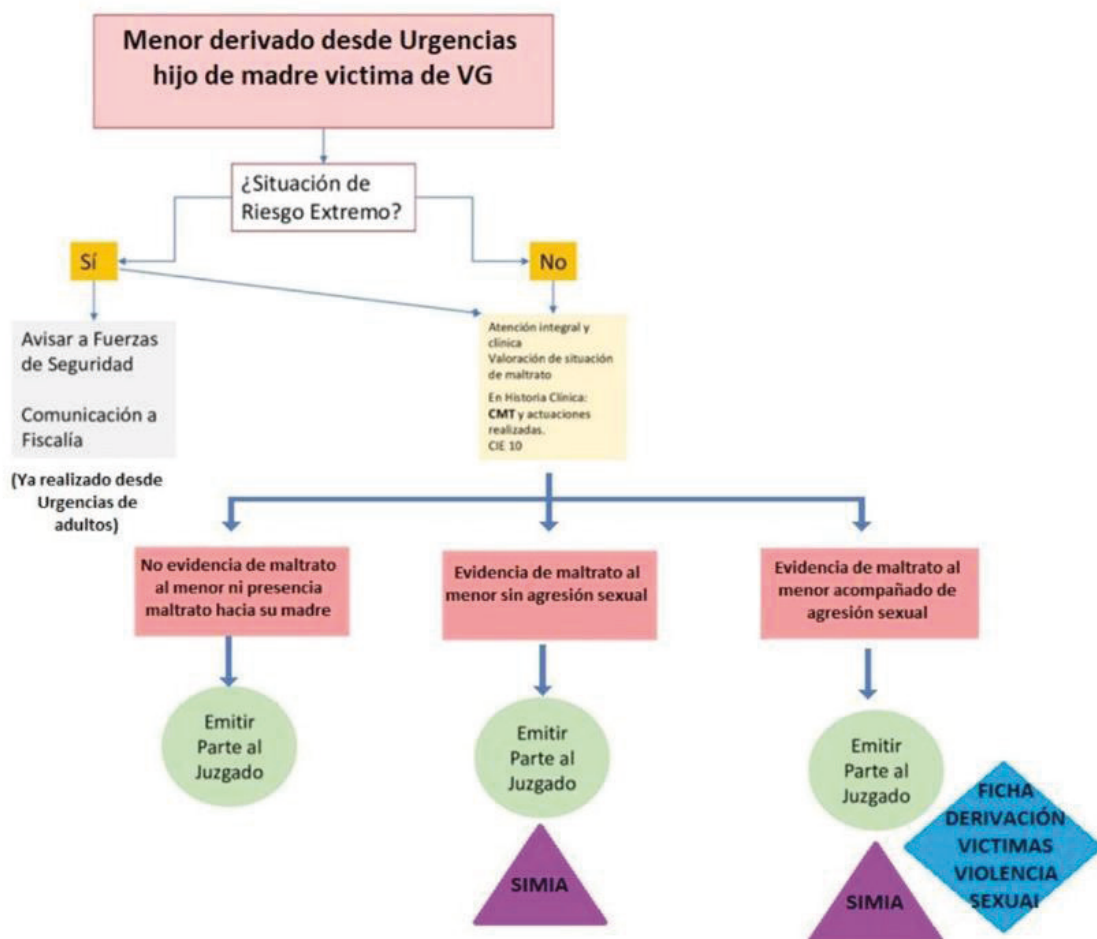
Ante un neonato con lesiones cutáneas, datos de sepsis o afectación neurológica es necesario incluir el herpes neonatal como diagnóstico diferencial, ya que el tratamiento precoz permite disminuir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Es fundamental instaurar tratamiento supresor en todos los casos de herpes neonatal debido al alto riesgo de recurrencia que presentan estos pacientes.



¿ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LOS HIJOS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA?

Ana María Ortega Morales; Belén Anaya López; Isabel Díaz Granados; María del Carmen Fernández Serrano; Noemi González Vega.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio.



INTRODUCCIÓN

En la última modificación de la Ley 13/2007 de violencia de género en Andalucía, se establece expresamente que los hijos e hijas de madres víctimas de violencia de género, serán considerados tam-

bién víctimas directas de la misma. Es importante conocer las consecuencias que la exposición a la VG tiene sobre los y las menores, (consecuencias que pueden manifestarse en problemas físicos, trastornos psicológicos o de conducta y dificulta-

XLVIII Reunión científica de la SPAO

des cognitivas) y, sobre todo, como profesionales fundamentales en la infancia, poder detectar precozmente los posibles casos para poder intervenir; máxime cuando las recientes reformas introducidas en la Ley Orgánica 1/2004 de protección integral contra la violencia de género, han incorporado que la acreditación de esta situación de violencia, en el caso de víctimas menores de edad, podrá realizarse, además, por documentos sanitarios oficiales de comunicación a la Fiscalía o al órgano judicial.

OBJETIVO

El objetivo de nuestra comunicación es presentar nuestro nuevo protocolo de actuación para los hijos/as de víctima de violencia hacia la mujer en un SUE (Servicio de Urgencias y Emergencias) de Pediatría para mejorar el manejo y conocimiento de estos casos y poder prestarles una atención adecuada, rellenando la documentación de forma correcta y derivándolos a los servicios competentes.

NUESTRO PROTOCOLO

Se atenderá en el SUE de Pediatría a todos los hijos/as de madres víctimas de VG detectados en el hospital, preferentemente acompañados por su propia madre o por un técnico de cuidados de enfermería (TCAE) si la madre no se encuentra disponible por su situación clínica, evitando en la medida de lo posible la separación del binomio madre-hijo/a.

DISCUSIÓN

El Servicio de Pediatría, es un sitio desde el que, si estamos sensibilizados, podemos detectar casos de VG. Es por ello, que consideramos imprescindible la existencia de protocolos como este, siendo una herramienta básica para la detección, la orientación y la derivación de nuestros pacientes, que deben estar especializados en cada uno de los ámbitos de la pediatría, de modo que ningún niño/a permanezca sin la atención que requiere.

REVISIÓN DE CASOS DE GLOMERULONEFRITIS POSTINFECCIOSA

Tomás Del Campo Muñoz; Javier Pedrosa Maldonado; Carmen LLamas Gutierrez; Gloria Viedma Chamorro; Cristina Ruiz Trescastro; Maria Josefa Navarro Puentes.
Hospital Universitario Materno-Infantil de Jaén.

INTRODUCCIÓN

Tras la pandemia de Covid-19 en 2020, hemos observado un incremento en casos de enfermedad invasiva por estreptococos del grupo A y un aumento de la mortalidad relacionadas con ello. La glomerulonefritis (GNA) postestreptocócica es la causa más frecuente de GNA postinfecciosa en pediatría. El cuadro más característico en el síndrome nefrítico con hematuria, proteinuria, oliguria, HTA, edemas y/o deterioro de la función renal. Presentamos una revisión de los casos de GNA presentes en nuestro Hospital durante 9 meses.

OBJETIVO

Revisar y analizar las características de los pacientes que presentaron una GNA postinfecciosa desde marzo hasta diciembre/2023.

POBLACIÓN

Se diagnosticaron siete pacientes con edades comprendidas entre 2 y 13 años en nuestro hospital de GNA postinfecciosa.

MÉTODO

Revisión de historias clínicas a través de DIRAYA de pacientes con diagnóstico de GNA postinfecciosa en seguimiento por nefrología pediátrica, en un periodo comprendido entre marzo y diciembre de 2023.

RESULTADOS

Los resultados de nuestra revisión se muestran en la tabla 1, el tipo de glomerulonefritis más frecuente fue la postestreptocócica, más frecuente en niñas y con una edad media al diagnóstico de 8,5 años.

CONCLUSIONES

1. El diagnóstico es fundamentalmente clínico siendo la hipocomplementemia C3 transitoria de gran ayuda.
2. Cuando la clínica es típica sin complicaciones no es necesario realizar biopsia renal.
3. La evolución suele ser favorable con un pronóstico bueno en la mayoría de los casos. El tratamiento es principalmente sintomático y de las complicaciones asociadas, siendo la más frecuente la hipertensión arterial.
4. El tratamiento antibiótico puede administrarse en caso de infección activa, aunque no modifica el curso de la enfermedad.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO. NOVEDADES TERAPÉUTICAS

Paula Del Santo Fernández; Estefanía Martín Álvarez ;
Patricia Miranda Romera; Silvia Ortega Varga.
Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (HUVN)

INTRODUCCIÓN

La retinopatía del prematuro (ROP) es una vitroretinopatía proliferativa periférica de etiopatogenia aún no bien conocida. Se postula un origen multifactorial en el que intervienen diversos factores de riesgo siendo los más importantes la prematuridad y el bajo peso al nacer, además de la oxigenoterapia. Su diagnóstico precoz y la intervención terapéutica temprana son claves para evitar una pérdida visual irreversible. Respecto al tratamiento, la inyección intravítrea del anticuerpo monoclonal Bevacizumab se postula como opción terapéutica prometedora frente a la fotocoagulación con láser.

OBJETIVO

Describir la incidencia de ROP en un hospital de tercer nivel, así como el tiempo de diagnóstico, grado y tratamiento recibido. Estudiar factores relacionados para determinar posibles acciones de mejora.

Valorar la introducción del uso de Bevacizumab como medida terapéutica en nuestra Unidad.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la incidencia de ROP en recién nacidos pretérmino (edad gestacional \leq a 32 semanas) o con peso al nacimiento \leq a 1500g ingresados en la Unidad Neonatal de un hospital de tercer nivel desde enero de 2019 a Julio de 2023. Descripción de variables perinatales, soporte respiratorio recibido y presencia de lesiones cerebrales durante el ingreso.

RESULTADOS

Se incluyeron 212 recién nacidos, realizándose fondo de ojo a 167 (78.7%). Fueron diagnosticados de ROP, 19 pacientes (11.37%): 17 presentaron un grado \leq 2, uno tuvo un grado 3 y en otro no fue valorable tras la primera exploración oftalmológica. De estos pacientes, la mediana de EG fue 25 semanas y el peso medio 807g. Respecto al soporte respiratorio en la primera exploración oftalmológica: el 36.8% estaban con CPAP, el 36.8% con GNAF, el 21% con VNI bifásica y el 5% con VMI. Recibieron tratamiento oftalmológico 10 pacientes (5.2%): 7 con laserterapia (70%), 1 con administración intravítrea de Bevacizumab (10%) y 2 con combinación de ambos tratamientos (20%).

CONCLUSIONES

La ROP es más frecuente cuanto menor es la edad gestacional y el peso al nacimiento. A pesar de que el abordaje clásico en nuestra Unidad ha sido la laserterapia, en los últimos años el empleo de antiangiogénicos anti-VEGF es cada vez más frecuente. La bibliografía actual destaca ventajas como la facilidad de administración sin necesidad de anestesia general, la posibilidad de emplear en prematuros inestables, así como la rápida respuesta terapéutica. No obstante, respecto a los efectos a largo plazo se requieren más estudios de seguimiento.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE: ACTUALIZACIÓN CLÍNICO- EPIDEMIOLOGICA EN NUESTRA AREA DE SALUD

Rocio Calvo Medina; César Ruiz García; Rafael Vera Medialdea; Sara Sosa Hernández; Ana Montoro Sánchez; Jose Miguel Ramos Fernández.

Hospital Materno-Infantil de Málaga.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polineuropatía aguda adquirida inmunomediada con una incidencia global de 2,07/100.000 habitantes/año, más frecuente en varones. Suele existir un antecedente de infección y se caracteriza por debilidad simétrica ascendente, parestesias y arreflexia. El SGB engloba distintas variantes: polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), neuropatías axonales agudas (AMAN y AMSAN) y Síndromes GQ1b, siendo la más frecuente la AIDP. El tratamiento de elección es las inmunoglobulinas intravenosas. Se ha desentrañado el papel de cada gangliósido, asociándose cada autoanticuerpo con un espectro clínico aunque con cierto grado de solapamiento.

OBJETIVOS

Actualizar el fenotipo clínico, subtipo electrofisiológico y la epidemiología de los casos de SGB atendidos en nuestra área.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes menores de 14 años con diagnóstico de SGB atendidos en nuestro hospital entre enero de 2012 y diciembre de 2023. Se analizaron distintas variables clínicas, electrofisiológicas y de pruebas com-

plementarias mediante el programa IBM-SPSS. La incidencia se calculó según datos del INE.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes, siendo 18 varones y 8 mujeres. La incidencia aproximada fue de 2,2/100.000 <14/año. La mediana de edad al debut fue de 5 años, presentando en 16/26 un antecedente de infección. La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 3,5 días y la de tiempo de ingreso de 8 días. 4/26 presentaron disfunción autonómica, 3/26 insuficiencia respiratoria en cuidados intensivos, 9/26 afectación de pares craneales y 11/26 perdieron la capacidad de bipedestación. Entre los pacientes estudiados hubo 12 casos de AIDP, 5 de AMAN, 3 de Síndrome de Miller Fisher y 1 de Síndrome faríngeo-cervical-braquial, mientras que 5 pacientes progresaron a polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP). El patrón electrofisiológico predominante fue el desmielinizante (10/26) y la disociación albumino-citológica en LCR se observó en 15/26 casos. En cuanto al tratamiento, 25 pacientes recibieron inmunoglobulinas y ninguno recibió plasmaféresis, siendo la evolución favorable. Quedaron secuelas motoras leves en 5/26. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en términos de gravedad y tiempo de recuperación entre los grupos de edad ni patrón electrofisiológico.

CONCLUSIONES

En nuestra serie se halló un número elevado de AMAN respecto a lo descrito previamente en Europa (5-6%). La incidencia actualizada es semejante a la población general, no aumentó en la pandemia y es más del triple en varones. Los AMAN no evolucionaron peor que otras variantes.

Tabla 1. Estadística descriptiva	Cohorte total (n = 26)
Características demográficas <ul style="list-style-type: none"> - Sexo (% varones) - Edad (mediana y rango) 	18/26 casos 5 años (rango 1,5 - 12)
Presencia de infección previa <ul style="list-style-type: none"> - Infección gastrointestinal - Infección respiratoria - Otro tipo de infección - No hay antecedente de infección 	6/26 casos 8/26 casos 2/26 casos 10/26 casos
Características clínicas <ul style="list-style-type: none"> - Afectación motora exclusiva - Afectación motora y sensitiva - Afectación del sistema vegetativo - Afectación de los pares craneales - Presencia de Insuficiencia respiratoria - Presencia de signos meníngeos - Pérdida de la marcha - Pérdida manipulativa 	20/26 casos 6/26 casos 4/26 casos 9/26 casos 3/26 casos 1/26 casos 11/26 casos 5/26 casos
Subtipos <ul style="list-style-type: none"> - AIDP - CIDP - AMAN - Síndrome de Miller Fisher - Debilidad faríngea-cervical-braquial 	12/26 casos 5/26 casos 5/26 casos 3/26 casos 1/26 caso
Pruebas complementarias <ul style="list-style-type: none"> - <u>Estudio de electrodiagnóstico</u> <ul style="list-style-type: none"> - Patrón desmielinizante - Patrón axonal - Patrón mixto - <u>Análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de disociación albumino-citológica* - Niveles de proteína en LCR (mediana y rango) - <u>Presencia de anticuerpos antigangliósido</u> - <u>Aislamiento microbiológico</u> <ul style="list-style-type: none"> - Campylobacter Jejuni - Mycoplasma - Otro - <u>Bandas oligoclonales positivas en LCR</u> 	10/26 casos 7/26 casos 9/26 casos 15/26 casos 56,5 mg/dL (rango 19 - 141) 2 casos/24 analizados 10/26 casos 3/26 casos 5/26 casos 2/26 casos 2 casos/14 analizados
Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> - Inmunoglobulinas intravenosas <ul style="list-style-type: none"> - Casos que precisaron más de una tanda de Ig - Plasmaféresis - Corticoides 	25/26 casos 8/26 casos 0/26 casos 7/26 casos
Evolución <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de ingreso (mediana y rango) - Secuelas <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas leves, no invalidantes 	8 días (rango 1 - 40) 5/26 casos

* Niveles > 45mg/dL de proteínas en LCR.

GRAVEDAD DE LA BRONQUIOLITIS HOSPITALIZADA POR VRS ANTES Y DEPUÉS DE LA PANDEMIA POR COVID19

Maria Serrano Sáez De Argandoña; Raquel Sánchez Jiménez; Patricia Juárez Marruecos; Antonio Bonillo Perales; Teresa Rubi Ruiz; Esperanza Jiménez Nogueira.
Hospital Universitario Torrecardenas.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) es la causa más frecuente de ingreso hospitalario pediátrico por infección respiratoria, siendo el causante de hasta el 70% de dichas hospitalizaciones en niños menores de 2 años y especialmente en los menores de 6 meses. En algunos estudios destacan la existencia de un cambio en la distribución estacional de la bronquiolitis aguda influenciada por la época de la pandemia COVID19, en la epidemiología, así como en la gravedad y en las edad de los pacientes hospitalizados.

OBJETIVO

Comparar la gravedad de la bronquiolitis Hospitalizada por VRS antes y después del inicio de la pandemia por COVID-19.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de todos los ingresos hospitalarios por infección VRS en dos períodos, durante los años 2015-2017 y durante los años 2020-2022. Comparamos la gravedad de la bronquiolitis pre y post-covid de diferentes variables: edad, score Wood-Downes, necesidades de oxígeno, $StcO_2 < 90\%$, quejido respiratorio, etc, ("t" student, Ji^2 , RR), siendo las variables fundamentales de gravedad el precisar ingreso en UCIP y precisar ventilación mecánica (no invasiva o invasiva).

RESULTADOS

Analizamos 539 hospitalizaciones por bronquiolitis VRS+, siendo de ellos 270 casos bronquiolitis pre-covid (50,1%) y 269 bronquiolitis VRS post-Covid

(49,9%). Los ingresos VRS post-COVID se produjeron en pacientes de mayor edad ($2,3 \pm 3,6$ meses vs $1,9 \pm 2,1$ meses; $p < 0,001$) y presentaron mayor escala de Wood-Downes ($5,3 \pm 1,9$ vs $4,7 \pm 1,5$; $p < 0,001$).

En relación al período pre-COVID, durante período post-COVID los pacientes con bronquiolitis VRS positiva ingresaron con mayor frecuencia en UCI Pediátrica (23,4% vs 15,9%; $p = 0,02$) y precisaron con mayor frecuencia ventilación mecánica no invasiva (21,6% vs 10,4%, $p < 0,001$), presentando además con mayor frecuencia radiografía de tórax patológica (85,8% vs 43,3%; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

En el periodo post-COVID observamos mayor gravedad de la bronquiolitis por VRS, existiendo un riesgo 1,61 veces mayor de ingresar en UCI pediátrica y un riesgo 2,32 veces superior de precisar ventilación mecánica no invasiva, en relación al período pre-COVID.

PERFIL DEL PACIENTE CON ALERGIA A NUECES

Daniela Ramos Jiménez; Patricia Juárez Marruecos; Antonio Bonillo Perales; Teresa Rubi Ruiz; Maria Serrano Sáez De Argandoña; Esperanza Jiménez Nogueira.
Hospital Universitario Torrecardenas.

INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria es una patología que está incrementando, tanto en frecuencia como en gravedad. Las principales causas de alergia alimentaria en pediatría son la alergia al huevo y a la leche, seguida a partir de los 2 años de la alergia a frutos secos (FFSS), siendo en España la nuez el alérgeno más frecuente.

OBJETIVO

Analizar en nuestro medio las características clínicas del paciente con alergia a nueces, conocer los síntomas que presentan así como las reacciones cruzadas que presentan con otros FFSS.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de las pruebas de provocación oral controlada (PPOC) a FFSS realizadas en los últimos 3 años en la unidad de alergia pediátrica. Estudio descriptivo (media, desviación típica y porcentaje) de las características clínicas de los pacientes con alergia a nueces, de los síntomas alérgicos que presentan y de las reacciones cruzadas con otros FFSS.

RESULTADOS

De 333 niños a los que se les realizó PPOC, 55 niños fueron a FFSS (16,5%), de los cuales a 17 niños se les realizó PPOC a nueces (30,9% de las PPOC a FFSS). La edad de la primera reacción alérgica a nueces fue 50 ± 26 meses. La mayoría de los pacientes tenían otra enfermedad alérgica (50% asma alérgica predominantemente a ácaros, 60% rinitis) y el 15% había tenido previamente alergia alimentaria al huevo. El 40% de los alérgicos a nueces tienen alergia a más de un FFSS. Se han realizado PPOC a nueces al 50% de los pacientes con reacción alérgica previa a nueces, siendo estas positivas en un 36,8%. En el 90% de los casos la reacción a la nuez se presenta en los primeros 5 minutos tras la ingesta siendo el 75% reacción mucocutánea, el 5% digestiva y mucocutánea, cursando anafilaxia el 20% de los pacientes. Observamos cosensibilización a otros FFSS en más del 50% de los pacientes con alergia a nueces (41,2% tienen más de 2 CAP positivos a FFSS y 21,2% más de 2 prick-test positivos a FFSS). Presentan coalergia a otros FFSS 4 de los 17 pacientes con alergia previa a nueces a los que se realizó PPOC (18,2% PPOC positiva al cacahuete, el 9% a castaña y 9% a pipas).

CONCLUSIONES

En nuestro medio el 30,9% de las PPOC a FFSS son debidas a la nuez. La reacción alérgica a nuez es inmediata, generalmente mucocutánea. Existe una alta incidencia de cosensibilización y coalergia a FFSS.

BRONQUIOLITIS HOSPITALIZADA POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN RELACIÓN A OTROS VIRUS, ¿SON DIFERENTES?

Maria Serrano Sáez De Argandoña; Raquel Sánchez Jiménez; Patricia Juárez Marruecos; Antonio Bonillo Perales; Teresa Rubi Ruiz; Esperanza Jiménez Nogueira.
Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis por virus respiratorio sincital (VRS) es la causa más frecuente de ingreso hospitalario pediátrico por infección respiratoria, siendo el causante del 70% de todas las bronquiolitis hospitalizadas. No obstante, la bronquiolitis puede estar ocasionada por otros virus tales como el rinovirus, influenza, parainfluenza, SARS-COV-2, etc... y no sabemos con precisión si la bronquiolitis por VRS tiene características clínicas y gravedad diferente a la bronquiolitis causada por otros virus.

OBJETIVO

Comparar la gravedad de la bronquiolitis hospitalizada por VRS positivo en relación a la bronquiolitis ocasionada por otros virus.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de todos los ingresos por bronquiolitis entre 2020 y 2022, en los que analizamos y comparamos las características clínicas y la gravedad (estancia media, ingresos en UCI y necesidades de ventilación mecánica) de las bronquiolitis por VRS en relación a las bronquiolitis causada a otros virus ("t" student, Ji², RR). Excluimos las coinfecciones de VRS con otros virus.

RESULTADOS

Se registraron consecutivamente 361 ingresos hospitalarios por bronquiolitis, de los cuales 249 casos (69%) fueron por VRS, 42 casos (11,6%) por otro virus distinto al VRS, 21 casos (5,8%) tenían coinfección por VRS y algún otro virus, y en 49 casos (13,6%) no se evidenció ninguna causa infecciosa. Compa-

XLVIII Reunión científica de la SPAO

ramos los pacientes ingresados por VRS (n= 249) en relación a los pacientes ingresados por otros virus respiratorios (n=42) y observamos que los pacientes hospitalizados por VRS presentaron menor edad al ingreso ($2,2 \pm 3,7$ meses vs $3,9 \pm 5,6$, p

CONCLUSIONES

Los pacientes ingresados por bronquiolitis VRS son de menor edad y tienen algunas peculiaridades diferentes a las causadas por otros virus, no presentando diferencias estadísticamente significativas en relación a la estancia media hospitalaria ni en las necesidades de hospitalización en UCI Pediátrica.

PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON NEUMONÍA NECROTIZANTE

Marta Alejandra Romero Alex; Jose Sánchez López-Gay; Patricia Juarez Marruecos; Teresa Rubí Ruiz Hospital; Antonio Bonillo Perales Hospital; Esperanza Jiménez Nogueira.

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor.

INTRODUCCIÓN

La neumonía necrotizante es una complicación grave de la neumonía adquirida en la comunidad basada en la destrucción de parénquima pulmonar y la creación de cavidades con empiema asociado. Etiológicamente, los patógenos más frecuentemente aislados son *P. pneumoniae* y *S. aureus*. Afecta a todos los grupos de edad, aunque se encuentra mayor gravedad en pacientes menores de 5 años, y de ellos el 30-60% de casos asocia derrame pleural al diagnóstico.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes pediátricos diagnosticados de neumonía necrotizante.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes hospitalizados por neumonía necrotizante

en los últimos 10 años. Estudio descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico al alta hospitalaria de neumonía necrotizante.

RESULTADOS

Analizamos 53 pacientes pediátricos con neumonía necrotizante, de los cuales el 79,2% de los casos fueron menores de 6 años y estaban vacunados previamente de neumococo el 86,3%. Se evidenció necrosis en ecografía al ingreso en el 43,4% de los casos. La localización más frecuente de la neumonía necrotizante fue el lóbulo inferior izquierdo (45,2% de los casos) seguido de LID (26,4%), presentaron derrame pleural el 69,8% (media $23,8 \pm 15,2$ mm, mediana 20 mm), atelectasia el 34% y fístula broncopleural el 20,8% de los casos. El aislamiento de microorganismos con las distintas pruebas microbiológicas realizadas ha sido del 39,6%, siendo la rentabilidad diagnóstica del hemocultivo del 16% y la del cultivo del líquido pleural del 32%; los agentes etiológicos más frecuentes diagnosticados han sido el *S. pneumoniae* (71,6%), *S. pyogenes* (14,2%), *E. faecalis* (9,5%) y *S. aureus* (4,7%). La estancia media fue de $19 \pm 12,5$ días (mediana 16 días).

CONCLUSIONES

El perfil más frecuente del paciente con neumonía necrotizante es el de un lactante menor de 1 año, que ingresa por fiebre y tos entre los meses de octubre a febrero y que presenta en radiografía de tórax neumonía de lóbulo inferior con derrame pleural moderado.

SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD

Raquel Sánchez Jiménez; Inés Machí Castañer; Tanita Barbara Laycock; Gema Martínez Espinosa Iciar García Escobar; María Belén Maldonado Martín.

Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La atención en urgencias y la percepción sobre la misma puede verse alterada por muchos factores. Al mismo tiempo, la accesibilidad al centro de salud podría influir en las consultas en los servicios de urgencias.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los acompañantes de los pacientes atendidos en urgencias con el servicio y la atención recibida.

Analizar la accesibilidad a los centros de salud y su influencia sobre las consultas en urgencias.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, transversal. Cuestionario validado, adaptado y entregado de forma aleatorizada a los familiares de pacientes atendidos de mañana o tarde desde 1/02/2023 al 31/12/2023. Criterios de exclusión: barrera idiomática, pacientes atendidos por otra especialidad, turno de noche, actitud agresiva, gravedad extrema.

RESULTADOS

458 encuestas. El 83.22% mujeres (madres). El 34.66% tenía estudios primarios y el 37.4% universitarios. Aunque el 85.19% consideraba urgente la consulta, el 54.5% afirmó acudir por ausencia de cita en el pediatra. La mayoría estimó que la urgencia era leve (69.5%). El 68.28% de los pacientes intentaron solicitar cita en el centro de salud, el 60.32% de forma presencial. Un 31.35% de las citas disponibles eran para los 2-7 días siguientes. El 23.37% acudió a nuestra unidad pese a estar citado en menos de 24 horas. El 13.91% no tenía cita o ésta se demoraba más de 15 días. Con respecto a los motivos de consulta los más frecuentes fueron: fiebre (36.53%), tos o mocos (10.02%) y vómitos o diarrea (9.13%). El 17.14% de los casos reconsultaron por el mismo motivo. El 94.27% estaban muy satisfechos con la atención recibida. El 94.32% valoraron la amabilidad como excelente o

muy buena, se sintieron escuchados (93.64%) y se les habló en un lenguaje comprensible (94.98%). La información sobre los signos de alarma fue proporcionada en el 99.52%. La satisfacción fue mayor en aquellas familias que habían permanecido menos tiempo en urgencias ($p 0.02$) y no habían reconsultado ($p 0.038$).

CONCLUSIONES

La menor accesibilidad al centro de salud objetivada por las familias condiciona en nuestro medio un mayor número de urgencias. Por otra parte, la necesidad de atención urgente percibida impide una demora en la atención. La satisfacción de las familias está influida por el tiempo que permanecen en nuestra unidad, siendo mayor cuando menor es éste y si no precisan reconsultar.

CUIDADOS ESPIRITUALES EN INFANCIA EN PALIATIVOS

Ana Sanchiz Perea; Maria Del Carmen Melguizo Morales; Maria Comino Martinez; Inmaculada Rodriguez Quesada; Ismenia Chaustre Belandria; Juan Alonso Cozar Olmo.

Hospital Universitario San Agustin.

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria de los equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) nos encontramos con situaciones vitales difíciles en las familias y en los niños donde se encuentran con la necesidad de dar respuesta a las preguntas sobre el sentido y el propósito de aquello que está sucediendo

El año 2009 tuvo lugar la CONFERENCIA DE CONSENSO Pasadena. Esta conferencia se basó en el convencimiento de que el cuidado espiritual es un componente fundamental de los cuidados paliativos

Los modelos de cuidados espirituales ofrecen un marco de referencia para que los profesionales de la sanidad puedan conectar con sus pacientes y proveer, a través de la relación terapéutica, una oportunidad de sanación.

OBJETIVOS

1. Indagar cómo abordar la dimensión espiritual en la asistencia en salud, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos con Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) a través de conocer y reflexionar en torno a las definiciones y los modelos de atención integral desarrollados hasta la actualidad
2. Elaboración de una escala ó cuestionario que nos lleve a facilitar el realizar una Entrevista Espiritual como forma esquemática de iniciar un proceso de Historia Espiritual en el NNA y ello consultado y validado a través de un panel de expertos con dedicación al Acompañamiento Espiritual en situación de Paliativos.

RESULTADOS

1. La espiritualidad de los niños es una capacidad inicialmente natural para tomar conciencia de la cualidad sagrada de las experiencias de vida.

En la infancia, la espiritualidad se trata especialmente de sentirse atraído por 'estar en relación', respondiendo a un llamado a relacionarse con algo más, con los demás, con la creación o con un sentido interior más profundo del yo.

2. Se ha podido comprobar que no hay actualmente un Cuestionario validado en castellano, para obtener una valoración espiritual en la infancia.

Se contactó para este trabajo con un panel de expertos en Acompañamiento Espiritual en Paliativos Infantiles en diversas ciudades españolas

La realización de un estudio Delphi implica un algoritmo de tareas y acciones sucesivas cuya ejecución repercute en la calidad de los resultados.

CONCLUSIONES

1. Posibilidad de ofrecer una revisión Bibliográfica de la Espiritualidad en Infancia en Cuidados Paliativos.
2. Posibilitar un Cuestionario validado por un Panel de Expertos en este ámbito y que pueda servir como referencia para los equipos de CPP.

3. Concienciar a todos los equipos de CPP de la inmensa necesidad de tratar este aspecto de nuestra atención.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE ESPONDILODISCITIS EN MENORES DE 14 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Candela Rodríguez Cueto; Nerea Moya Quesada; María de las Mercedes Ibañez Alcalde; Evelyn Huber; Leticia Martínez Campos.

Hospital Universitario Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La disicitis, o espondilodiscitis, es una infección osteoarticular que afecta a la vértebras y discos intervertebrales. Es una patología infrecuente, con predominio en varones de 3-5 años. Nuestro objetivo consiste en describir las principales características clínicas, diagnósticas y evolutivas en una serie de casos recientes.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 14 años ingresados por espondilodiscitis en un hospital de tercer nivel entre 2018-2023. Se analizaron características demográficas, clínicas, diagnósticas, de tratamiento y evolución recogidos en las historias clínicas.

RESULTADOS

Entre los años 2018 y 2023, ingresaron en nuestro centro un total de 8 niños (menores de 14 años) con diagnóstico confirmado, mediante Resonancia magnética nuclear (RMN) de espondilodiscitis. De ellos, 5 (62,5%), se concentraron en un solo año (2023). 6 (75%) fueron mujeres con una edad media de 21 meses. 5 (62,5%) presentaron una sintomatología previa de hasta un mes de evolución y 7 (87,5%) habían consultado previamente por clínica inespecífica relacionada. La sintomatología de consulta más frecuente

fue dolor abdominal, rechazo de sedestación o deambulación y estreñimiento, objetivando febrícula en un solo paciente. Ninguno presentó compromiso neurológico. En el 100% se realizó radiografía lumbar objetivando afectación en un 50% de los casos (disminución de espacio intervertebral y cuerpos vertebrales con áreas radiopacas). Sólo un paciente presentó leucocitosis ($>15000/uL$) y ninguno presentó elevación de reactantes de fase aguda o hemocultivo positivo. El tratamiento antibiótico fue intravenoso inicialmente con cefazolina en el 87,5%, y el resto con cefuroxima, con una duración media de 12 ± 2 días completando 1 mes de tratamiento con cefadroxilo oral a dosis altas. Ninguno de nuestros pacientes requirió intervención quirúrgica ni presentó complicaciones posteriores en el seguimiento a los 6-12 meses.

CONCLUSIONES

La espondilodiscitis es una patología propia de preescolares que presenta una clínica de dolor intenso (que no siempre pueden referir como tal) lo que da lugar a múltiples consultas y retraso diagnóstico por lo que es necesario tener un alto índice de sospecha debido a su clínica larvada, ausencia de fiebre y escasa repercusión en pruebas de laboratorio. Es un diagnóstico a tener siempre en cuenta ante un preescolar que presenta rechazo de la marcha y/o la sedestación, irritabilidad con aparente dolor abdominal y/o clínica de estreñimiento de reciente aparición. Con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado es posible evitar la aparición de complicaciones y la necesidad de tratamientos más invasivos.

PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON REACCIÓN ALÉRGICA A FRUTOS

Daniela Ramos Jiménez; María Idoia Serrano Sáez de Argandoña; Patricia Juárez Marruecos; Antonio Bonillo Perales; Teresa Rubí Ruiz; Esperanza Jiménez Nogueira. Hospital Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria afecta al 6% de niños menores de 3 años de edad, siendo la alergia a frutos secos la más frecuente en los niños tras el huevo y la leche. Tiene la peculiaridad de que suele ser persistente, siendo muy frecuentes las reacciones cruzadas entre los diferentes frutos secos (FFSS).

OBJETIVO

Analizar las reacciones más frecuentes a frutos en nuestro medio, los síntomas que presentan y conocer la sensibilización cruzada entre los diferentes frutos secos.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de todas las pruebas de exposición controlada a frutos secos realizadas en los últimos 2 años en la unidad de Neumoalergia pediátrica. Estudio observacional descriptivo (media, desviación típica y mediana) de las características clínicas de los pacientes con reacción a frutos secos, los síntomas que presentan y la sensibilización cruzada entre los diferentes frutos secos (observada por prick-test y el análisis CAP).

RESULTADOS

Se analizaron 55 niños a los que se les realizó prueba de provocación a frutos secos. Las causas más frecuentes de alergia a frutos secos han sido la nuez (30,9%), seguido del revuelto de frutos secos (16,4%) y del cacahuete (14,5%). En el 23,6% de los niños provocados a FFSS el motivo no ha sido la reacción a frutos secos, sino haber presentado alguna otra alergia alimentaria y presentar prick-test o CAP positivos a frutos secos (Tabla 1). El 35% de los niños que se someten a pruebas de provocación a frutos secos son positivas. Las características de los niños que han tenido reacción alérgica a frutos secos son: tener alguna otra enfermedad alérgica (60,5% rinoconjuntivitis, 44,2% asma y 38,1% dermatitis atópica), presentar la primera reacción alérgica con frutos secos a los $46,5 \pm 27,6$ meses (mediana 36 meses) siendo el tiempo entre

XLVIII Reunión científica de la SPAO

ingesta del fruto seco y tener los síntomas alérgicos fue de 2,8 +/- 7,9 minutos; los síntomas fueron fundamentalmente mucocutáneos (74,4%). Tenían sensibilización cruzada a otros frutos secos entre 1/3 y el 1/2 de los niños (35,2% con prick-test positivos a más de 1 fruto seco y 48,5% con CAP positivo a más de 1 fruto seco).

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con alergia a frutos secos es un preescolar de 4 años, con otra enfermedad alergia previa, que tras la ingesta de nuez, revuelto de frutos secos o cacahuete presentan a los pocos minutos alergia mucocutánea. Existe un alto porcentaje de cosensibilización entre los diferentes frutos secos.

VARIANTES GENÉTICAS EN OBESIDAD GRAVE DE INICIO PRECOZ

Begoña Hernández Sierra; Maria Rosario Benavides Román; Maria Del Mar Galán Requena.

Hospital Universitario Poniente.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica de carácter multifactorial; el substrato genético cada vez cobra mayor relevancia. Se recomiendan pruebas genéticas en niños con obesidad de inicio precoz (menores de 5 años) con hiperfagia y/o antecedentes familiares de obesidad extrema.

OBJETIVOS

Profundizar en la epidemiología y clínica así como en el estudio de las variantes genéticas asociadas a la obesidad grave de inicio precoz.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de carácter retrospectivo de 13 pacientes con obesidad grave de inicio precoz en seguimiento en unidad especializada de endocrinología infantil. Se analizan variables clínicas: edad, sexo, antecedentes familiares, hiperfagia ("drive

de alimentación alterado") e IMC. Se analizan sus muestras genéticas de DNA en sangre periférica extraídas entre Enero 2022-Diciembre 2023. Muestra procesadas e informadas por genetista (asesoramiento genético incluido si precisa) en Reference Laboratory genetics según el colegio americano de Genética Médica y Genómica (ACMG). Se realiza estudio de 46 genes/muestra. Análisis de los datos estadísticos (estadística descriptiva e inferencial) mediante IBM SPSS Statistics versión 15.0.

RESULTADOS

Se realiza exoma dirigido a 13 pacientes. Presentaron variantes genéticas 6 (46%); 1 (7,69%) considerada patogénicas (grado 1 ACMG), el resto 5 (38,46%) VSI (significado incierto) de las cuales en 3 casos (60% de las VSI, 23 % de todas las variantes) los predictores bioinformáticos sospecha elevada de patogenicidad VSI-SP. Cuatro pacientes (30%) presentaban varios polimorfismos alélicos asociados a la obesidad. Ver tabla de variables adjunta. El 100% de los pacientes presentaban obesidad de inicio < 5 años (5/13 38,46% inició menores de 2 años). Distribución por sexo 2:1 en varones pero con Variantes 2:1 en mujeres. IMC mediana 5,25 DE. AF 27%. Variantes en la vía de termogénesis (UCP3) 1 caso (estudio de segregación positivo-padre obeso y DM tipo II) .1 caso en señales de transcripción de la vía MCP4 y dos en alteraciones del gen GNAS (1 variable grado 1: delección que provoca cambio tipo frameshift con codón de parada prematuro en posición 57 y diagnóstico clínico de Osteodistrofia de Albright y otra VSI-SP)

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de variantes patogénicas o VSI-SP en nuestra muestra es notable (30.78%).
2. Existen polimorfismos alélicos asociados a obesidad en 3 de cada 10 pacientes.
3. Las variantes más graves se asocian con alteración de la vía MC4R/GNAS.
4. Se respalda la eficacia del cribado genético en pacientes con obesidad grave precoz.

TABLA DE VARIANTES

Caso	Edad	Sexo	IMC (De)	Hiperfagia	Variantes	Otros
1	7 meses	F	+4	No	VSI gen ENPP1 ^{*1} (VSI-Sp)	
2	5 años	F	+5.7	No	^{*2} VSI-SP gen UCP3 ^{*2} en het tipo missense (no descrita previamente). ^{**} Tres polimorfismos asociados a susceptibilidad a obesidad: -rs 1137100: Gen LEPR het. -rs 1137101 Gen LEPR het. -rs4784677 Gen BBS2 Hom.	Acantosis nigricans. Hb glicada 5,8%
3	13 meses	F	+5.35	No	^{*3} VSI-SP gen GNAs (NM_0000516:c.143C>T p.(Ala48Val). Het. tipo missense VSI: MKKS . Het. ^{**} Cinco polimorfismos de obesidad: -rs1137101 LEPR . Het. -rs1805134 LEPR . Het. -rs1042714 ADRB2 variante -rsc/9G>Cp. (Glu27Gln) Hom. -rs1801704 ADRB2 Hom. -rs1044498 ENPP1 Het.	
4	13 meses	M	+4.76	No	^{*4} VSI en TTC8 . Het. ^{**} 11 polimorfismos asociados a obesidad (genes LEPR, ADRB2, BBS2, SIM1, AGRP, MC4R) Het.	
5	14 años	F	+5.4	Si	^{*5} VSI en gen MC4R	
6	12 meses	M	+6	Si	^{*6} Grado1 (ACMG) GNAS. Het (AD)	Hipotiroidismo. Retraso madurativo.

• **Abreviaturas:**

VSI (variante de significado incierto). VSI-SP (VSI-sospecha de patogenicidad)

AD: autosómico dominante. AR: autosómico recesivo. Het: heterocigosis. Hom: homocigosis.

ACMG: academia americana de genética médica.

• **Variantes:**

^{*1} variantes en **ENPP1**: asocia a susceptibilidad a Obesidad (AD) y resistencia a la insulina.

^{*2} variantes en **UCP3**: Obesidad severa y DM tipo II. Solicitado estudio de segregación familiar con padre portador de misma variante con Obesidad y DM tipo II con insulina.

^{*3} Variantes en **GNAS** se asocia a Obesidad precoz. En algunas variantes también Pseudohipoparatiroidismo (efecto de la impronta).

^{*4} Variantes en gen **TTC8**: Síndrome de Bardet-Biedl con obesidad de inicio precoz.

^{*5} Variantes en gen **MC4R**: *obesidad de inicio precoz + hiperfagia*.

^{*6} Grado1 (ACMG) **GNAS. Het (AD): Osteodistrofia de Albright**: obesidad grave.

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES NO TÉCNICAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE

Marta Alejandra Romero Alex; Gema Martínez Espinosa; María Belén Maldonado Martín; Angela Ruiz Frias; María Isabel Rodríguez Lucenilla; Iciar García Escobar.

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor.

INTRODUCCIÓN

Los programas de simulación permiten mejorar la actuación de los equipos en situaciones críticas, a través del entrenamiento de habilidades técnicas y no técnicas. OBJETIVO: Evaluar el impacto en el personal de urgencias pediátricas, de un hospital de tercer nivel, tras la instauración de un programa de formación en habilidades no técnicas, en situaciones críticas a través de simulación. PO

BLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional transversal. Se desarrolló un programa de formación centrado en habilidades no técnicas para equipos transversales y nativos durante 15 meses (desde 19/10/2022 hasta el 15/12/2023), en el box de RCP. 133 sanitarios asistieron a dicha formación. Finalizado el periodo, se realizó una encuesta anónima para evaluar el grado de satisfacción con la formación y el aprendizaje sobre habilidades no técnicas percibido. Análisis de los datos: SPSS.

RESULTADOS

Se analizaron 125 encuestas (tasa de respuesta 93'9%). TCAE 22'40%, enfermería 34'4%, pediatras 19'2%, residentes (23,2%). Edad media 37'8 años (DS 11'2), 84'8% mujeres. El 51'20% habían trabajado durante este periodo en algún momento fuera de la unidad de urgencias y de ellos el 86'7% consideraban aplicable lo aprendido para su trabajo en unidades externas. Un 43'5% habían solicitado la implantación de la actividad en dichas unidades, y en el 60% de los casos los mandos intermedios habían mostrado interés. La valoración media global de 9'6 (DS 0'6) y no se

hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías profesionales (p 0'33). El 100% de los encuestados manifestó mejoría con respecto conocimiento del entorno, capacidad de trabajo en equipo y la comunicación eficaz. El 41'6% refirieron haberse sentido examinados, pero el 87'1% aseguró que el hacerlos con regularidad había disminuido esta sensación. El 98'4% manifestó que el debriefing posterior le había sido útil para comprender sus acciones durante la simulación. El 100% afirmó que esta actividad había mejorado la dinámica de trabajo en equipo de la unidad.

CONCLUSIONES

En nuestra unidad, la realización del programa de entrenamiento de emergencias, ha supuesto no sólo una mejora en la percepción sobre el aprendizaje de habilidades no técnicas, sino también en la dinámica de la unidad. Además ha permitido al personal no fijo poder exportar la posibilidad de realizar esta formación en otros servicios. Es importante que estos programas persistan en el tiempo y seguir mejorando la formación de los facilitadores de simulación para garantizar seguridad psicológica de los participantes junto con su aprendizaje.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FISURAS LABIOPALATINAS. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Zianya Verónica Montero Barnola; Mario Martínez Cuevas; Estefanía Martín Álvarez; María Montoya González; Cristina Santibañez Pérez; Carmen María Abril Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

Las anomalías craneofaciales son las más comunes dentro de las malformaciones congénitas; entre éstas, las más frecuentes son las fisuras labiopalatinas, que habitualmente requieren un abordaje multidisciplinar.

OBJETIVO

Describir las características de los niños con fisura labiopalatinas tratados en un hospital de tercer nivel durante los años 2014-2024.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo cuya muestra incluye a los pacientes diagnosticados de fisura labiopalatina desde el período neonatal, desde el 01-01-2014 hasta el 01-01-2024. Se revisaron las historias clínicas, recogiendo una serie de variables perinatales.

RESULTADOS

Se han diagnosticado 27 niños con fisura labiopalatina, el 26% de ellos mediante ecografía prenatal. El 44% presentaban fisuras labiopalatinas y 56% fisuras palatinas. El 18,5% presentaban un síndrome o secuencia específica (Síndrome de Down, Secuencia de PierreRobin, Síndrome orofaciodigital), 22% síndromes polimalformativos y 63% asociaban otras anomalías, siendo las más frecuentes las cardiopatías congénitas en 40% de ellos (FOP, CIV, DAP, CIA). El 18,5% de los pacientes presentaban una alteración genética. El tiempo medio de ingreso en la unidad neonatal fue de 24 días, asociando todas dificultades en la alimentación, precisando el 96,3% alimentación por SNG/SOG una media de 12 días durante el ingreso. Al alta el 22,2% mantenía alimentación por SNG y solo el 11% recibía lactancia materna exclusiva. Todos fueron valorados por la Unidad de Malformaciones Craneofaciales. En el 44,4% de ellos se realizó adaptación de moldeador nasoalveolar alrededor de los 12 días de vida. A día de hoy se han intervenido quirúrgicamente 15 niños (55,5%), siendo las intervenciones correctoras primarias de la fisura labiopalatina más frecuentes y el tiempo medio para su realización: Queiloplastia unilateral o bilateral a los 181 días de vida, estafilorrafia y uranoestafilorrafia en uno o dos tiempos con o sin veloplastia intravelar a los 600 días de vida; precisando el 18,5% intervenciones previas para el tratamiento de la hipoplasia mandibular o secundarias como la alveoloplastia.

CONCLUSIONES

Las fisuras labiopalatinas son una patología compleja con un alto porcentaje de complicaciones médicas, precisando frecuentemente varias intervenciones quirúrgicas, y un tratamiento multidisciplinario con seguimiento a largo plazo hasta el completo desarrollo y maduración del esqueleto. En nuestro medio, la mayoría de los pacientes no presentaban un diagnóstico prenatal, el 40,5% asociaban otros síndromes, secuencias específicas o síndromes polimalformativos. La mayoría presentaban fisuras que afectan únicamente al paladar y no se han descrito fisuras labiales aisladas.

ADHERENCIA A LA INMUNIZACIÓN EN PACIENTES DE RIESGO

Andrea Pérez García; Mercedes Ibáñez Alcalde; Daniela Ramos Jiménez; Leticia Martínez Campos; Evelyn Anne Marie Huber; Esperanza Jiménez Nogueira

Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

En septiembre 2023 se inicia en Andalucía la campaña de inmunización frente a VRS con nirsevimab, dirigida a menores de 6 meses y menores de 2 años con patologías de riesgo.

OBJETIVO

Describir el perfil del paciente de riesgo que recibe nirsevimab en nuestro centro y las coberturas alcanzadas, así como analizar si la administración de nirsevimab y vacuna antigripal ha influido en la incidencia de infecciones respiratorias de vías bajas (IRVB).

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo prospectivo de pacientes con indicación de recibir nirsevimab por patología de riesgo en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables epidemiológicas, episodios de IRVB previos, administración de nirsevimab, vacuna antigripal y vacuna frente a SARS-Cov2, y episodios de IRVB durante los 3 meses siguientes a la inmunización, atendidos en Atención Primaria y Hospitalaria.

RESULTADOS

Se incluyeron 64 pacientes (42.2% mujeres). La mediana de edad fue 11 meses (RIQ 8.00-16.75). El 67.2% caucásicos, 18.8% de origen magrebí. Las patologías más frecuentes fueron cardíacas (45.3%), neumológicas (26.7%:18.8% displasia broncopulmonar, 6.3% fibrosis quística) y pacientes crónicos complejos (17.2%). El 32.8% habían padecido alguna IRVB en los meses previos a la administración de nirsevimab, que fue administrado en 96.9%, 2 lo rechazaron. Ninguno presentó reacción adversa posterior. El 9.7% no acudieron a su primera cita, por lo que tuvieron que ser recaptados. Ésto fue más frecuente en los de origen magrebí (25% vs 9.6%, $p=0.146$). El 69.6% de los que tenían indicación recibió la vacunación antigripal, mientras que sólo el 1.6% se administró la vacuna frente al SARS-CoV-2. El 21.9% presentó al menos un episodio de IRVB en los 3 meses de seguimiento, con menor frecuencia si estaban inmunizados frente a VRS y gripe, aunque no se alcanzó la significación estadística (17.9% vs 23.5%, $p=0.629$). No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre edad, patología o etnia y la inmunización y la presencia de IRVB.

CONCLUSIONES

La aceptación de nirsevimab en pacientes de riesgo ha sido elevada. La cobertura de vacunación antigripal ha sido aceptable, aunque no óptima, pero la vacunación frente a SARS-CoV-2 fue prácticamente inexistente. Aunque no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, probablemente por la alta cobertura de nirsevimab y el número de sujetos limitado, los no inmunizados con gripe y/o éste presentaron con más frecuencia IRVB.

DESCRIPCIÓN DE CASOS DE PAROTIDITIS EN URGENCIAS

Cristina Ruiz Trescastro; Javier Pedrosa Maldonado;
Gloria Viedma Chamorro; Cristina Castillejo Nieto; Luz
María Martínez Pardo

Hospital Universitario de Jaén

INTRODUCCIÓN

La parotiditis es la inflamación de la glándula parótida producida generalmente por un agente infeccioso. Hasta el momento la causa principal es el virus de la Parotiditis, de la familia Paramyxoviridae, aunque existen otros agentes como Epstein Barr, Parainfluenza 1 y 3, adenovirus, influenza A e incluso VIH que pueden producirla. Desde el inicio de la vacunación en España en el año 1981, la incidencia de parotiditis ha descendido notablemente.

OBJETIVO

Describir características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los casos de parotiditis encontrados en urgencias de nuestro hospital.

POBLACIÓN

Pacientes menores de 14 años con inflamación parotídea que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Jaén entre el 1 de abril y el 31 de enero de 2024.

MÉTODO

se realiza un estudio descriptivo mediante la recogida de datos en programa Diraya de los pacientes con sospecha de parotiditis que acudían al servicio de urgencias en el periodo seleccionado. Se tuvo en cuenta variables como edad, estado vacunal y serología de los agentes infecciosos más frecuentemente implicados, motivo de consulta, amilasa sérica y por último reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del virus de la parotiditis en saliva y orina.

RESULTADOS

en la tabla adjunta se exponen los datos obtenidos entre los que destaca que en todos los casos la PCR en saliva fue negativa. En todas las muestras se confirmó la sospecha clínica con un incremento de la amilasa sérica y en algunos casos se realizó búsqueda de otros agentes infecciosos y sólo en uno de ellos se pudo determinar una posible etiología del cuadro.

Casos	Edad	Sexo	Serologías/Otras pruebas	PCR virus parotiditis saliva	Motivo de consulta	Amilasa U/L
1	15 meses	H	No consta	negativo	Fiebre	126
2	4 años	H	IgG parotiditis	negativo	Tumoración	924
3	5 años	H	No consta	negativo	Dolor en hemicara y febrícula	241
4	5 años	M	IgM, IgG VEB TDRa negativo	negativo	Inflamación de parótida y amígdala derechas	63
5	6 años	H	IgG parotiditis IgM toxoplasma gondii Ecografía	negativo	Inflamación y dolor mejilla izquierda	320
7	2 años	H	IgG parotiditis	negativo	Fiebre y bultoma parotídeo	145
8	7 años	H	IgG parotiditis	negativo	Inflamación	2171
9	2 años	H	No consta	negativo	Inflamación hemicara derecha y fiebre	128

Casos	Edad	Sexo	Serologías/Otras pruebas	PCR virus parotiditis saliva	Motivo de consulta	Amilasa U/L
10	4 años	H	No consta	negativo	Borramiento ángulo mandibular y fiebre	1438
11	3 años	H	No consta	negativo	Dolor e inflamación y fiebre	136
12	5 años	M	No consta	negativo	Tumefacción bilateral	No consta
13	7 años	M	IgG parotiditis	negativo	Bultoma	299

CONCLUSIONES

1. La PCR en saliva del virus de la parotiditis se constituye como principal prueba diagnóstica que permite descartar la infección de forma precoz.
2. En nuestra muestra la mayoría de parotiditis ha cursado de forma benigna sin complicaciones asociadas.
3. A pesar de la limitación del tamaño muestral se han descartado fallos vacunales, como ocurrió en el año 1998 con la cepa Rubini, lo que confirma la menor incidencia de casos de parotiditis causados por el virus de la familia Paramyxoviridae.

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS CON NIRSEVIMAB

María Ruiz Gavilán Hospital; Carlos Fuentes Lupiáñez; Claudia Rico Carmona; Natalia Saldaña Garcia
Hospital Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN

El virus respiratorio sincitial es el principal causante de las infecciones de vías respiratorias inferiores en menores de un año. Constituye la segunda causa de mortalidad en este grupo etario a nivel mundial y una sobrecarga asistencial considerable en

XLVIII Reunión científica de la SPAO

los servicios de salud en época invernal. En el año 2023 se aprobó Nirsevimab, un anticuerpo monoclonal humanizado, para la prevención de la bronquiolitis causada por dicho agente etiológico, tras observar una reducción del riesgo relativo de adquirir IRVI por VRS de 74,5%. Ante la implementación del programa de prevención de la bronquiolitis es vital la adecuada concienciación de la población sobre la importancia de la misma.

OBJETIVO

Conocer los conocimientos y actitudes de las familias de recién nacidos en relación con la prevención de la bronquiolitis y establecer la repercusión de una adecuada información para la aceptación de la administración de Nirsevimab.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. La población a estudio fue los progenitores de recién nacidos en Hospital Materno Infantil de Málaga entre el 1 y el 22 de enero de 2024. Durante estancia en planta de maternidad se proporcionó un código QR con enlace a una encuesta anónima en la cual se recogieron datos en relación a la información recibida y la actuación de los progenitores respecto a la administración de Nirsevimab.

RESULTADOS

Se proporcionó acceso a la encuesta a 157 familias y se obtuvieron 85 respuestas. Un 91,8% de las mismas conocía la existencia de la bronquiolitis, aunque solo el 42,4% sabía de la existencia de la inmunización específica para esta enfermedad administrada hasta el momento en prematuros y algunas enfermedades crónicas. Durante su estancia en el hospital el 65,9% de las familias recibieron información escrita sobre la prevención de la bronquiolitis con Nirsevimab y el 75,3% de forma verbal. El 82,4% de los encuestados refieren un nivel de comprensibilidad de la información recibida aceptable, bueno o excelente. El 64,7% sabía que la administración de Nirsevimab previene la bronquiolitis al menos durante 6 meses. Finalmente, el 90,6% de las familias

inmunizaron a su bebé, siendo el grado de satisfacción global alto o muy alto en el 82,4% de los casos.

CONCLUSIONES

La implementación del nuevo programa de prevención de bronquiolitis mediante la administración con Nirsevimab ha tenido una elevada acogida en la población de nuestro hospital, si bien el grado de información aportada a los padres de los recién nacidos podría optimizarse.

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA Y SU IMPACTO SOCIAL

Daniela Ramos Jiménez; Andrea Pérez García; Esperanza Jiménez Noguiera; Ana Rosa Sánchez Vázquez Mercedes Sabiote Oriz; Carmen Velázquez de Castro del Pino
Hospital Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 35% de los niños/as de 0-16 años sufren fracturas; el 70% de las fracturas de lactantes se relacionan con maltrato infantil, por tanto hay que descartar el abuso físico, especialmente en las fracturas de huesos largos y en menores de 5 años. La anamnesis informa si hay o no traumatismo previo y posibles situaciones de abuso. Sin embargo, dado su impacto social es necesario ampliar el estudio para descartar patologías más raras, entre ellas la osteogénesis imperfecta (OI), (1 caso / 15.000-20.000 nacimientos).

OBJETIVO

Conocer cuántos estudios genéticos de OI se realizaron en nuestro hospital entre 2012 y enero 2024, estimar su incidencia en nuestro medio, cuál fue la sospecha diagnóstica inicial que motivó el estudio y qué implicaciones sociales presentaron.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los estudios genéticos de despistaje de OI, realizados en un hospital de tercer nivel, con una media de 2917 nacimientos al año.

RESULTADOS

De 2901 estudios genéticos realizados en el periodo de estudio 7 fueron para despistaje de OI (tabla 1), en 4 se confirmó el diagnóstico. En 3 casos se solicitó por sospecha inicial de maltrato (45%), confirmando éste en 1 caso. El resto de los estudios se solicitaron por talla baja o signos clínicos sugerentes de OI. Solo 3 de los estudios se realizaron en niños nacidos en nuestro hospital, en 1 se confirmó OI.

CONCLUSIONES

El estudio de maltrato infantil en medio hospitalario requiere un protocolo diagnóstico y pruebas complementarias que incluyen diferentes estudios genéticos. Aunque la causa más frecuente de fracturas en lactantes es el abuso físico, debemos ser cautos a la hora de establecer la sospecha diagnóstica e informar a la familia, dada las implicaciones sociales que conlleva. La OI es una enfermedad rara, mostrando nuestra serie una incidencia similar a la bibliografía, aun así es uno de los diagnósticos a descartar. El diagnóstico de OI requiere un seguimiento cercano que apoye a la familia y valore si los cuidados prestados por ella se adecúan al tipo de patología de estos pacientes o por el contrario hay cuidados inadecuados/negligencia. Esta patología tiene un gran impacto biopsicosocial que requiere una atención integral y multidisciplinar. Proponemos que la unidad de pediatría social coordine las actuaciones profesionales y comunitarias especialmente en situaciones de desigualdad social y realice un acompañamiento familiar. La unidad de cuidados paliativos debe incluirse en los casos que lo requieran.

NUEVO DESAFÍO PARA PEDIATRAS Y NUTRICIONISTAS: ARFID O TRASTORNO DE EVITACIÓN Y RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Silvia Ortega Varga; Patricia Pérez Jimenez-Arellano; Miguel Leyva Vilchez; Valeria Vivó Porcar; María Medina Martínez; Francisco Girón Fernandez-Crehuet

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves.

INTRODUCCIÓN

En el año 2013 se incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) el trastorno de evitación y restricción de la ingesta alimentaria, ARFID por sus siglas en inglés, como nuevo diagnóstico. Este diagnóstico incluye aquellos pacientes con conductas alimentarias selectivas o restrictivas no motivadas por una alteración de la imagen corporal o un deseo de adelgazar.

OBJETIVO

Cuantificar y describir los casos de trastornos alimentarios en edad infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen pacientes derivados por su médico especialista, una vez descartada patología orgánica. A todos ellos se les realiza antropometría básica (peso, talla, IMC, composición corporal mediante BIA) y una entrevista estructurada para un correcto diagnóstico, en su defecto a sus familiares/cuidadores.

RESULTADOS

Los niños se agruparon según las siguientes características:

- Subtipo 1: Falta de interés en comer o en la comida
- Subtipo 2: Restricción/selección de propiedades sensoriales de la comida o alimento (color, textura, sabor, marcas)
- Subtipo 3: Evitación de la comida por miedos específicos

Se incluyen 22 niños (59% varones) de edades entre los 2 y 14 años. Según las características de ARFID, 9 fueron subtipo 1, 6 selectivos/restrictivos y 2 de subtipo 3 o aversivo, 6 de ellos presentan comportamiento mixto (selectivo-restrictivo).

Como diagnóstico secundario, el 41% presentó Trastorno del espectro autista, 2 niños fibrosis quística, 2 inmunodeficiencias, 2 patología neurológica. Según el estado nutricional, 13% presentó

XLVIII Reunión científica de la SPAO

sobrepeso, el 22% bajo peso o talla, y el resto buen estado nutricional.

CONCLUSIONES

Se considera necesario formar un equipo multidisciplinar conformado por nutricionista, profesional médico y de salud mental, terapeuta ocupacional y fonoaudiología, con estrecha colaboración de los padres y/o cuidadores para disminuir los riesgos nutricionales, físicos y emocionales, manejar la ansiedad al alimentarse y ampliar su rango de alimentos, consiguiendo de esta manera mejorar el estado nutricional y propiciar un correcto crecimiento y desarrollo.

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN POBLACIÓN INFANTIL

Miguel Leyva Vilchez; Patricia Pérez Jiménez-Arellano; María José Escobar Muñoz, Granada; Raúl Alberto García Martín; Vega Garzón Hernández; Raúl Hoyos Gurrea; Gabriela Lobo Támer

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN

La dieta mediterránea se ha relacionado con un mejor estado de salud, mayor esperanza y calidad de vida de la población, pero en la actualidad se observa un abandono de este estilo de vida, con la adquisición de nuevos hábitos alimentarios poco saludables, con consecuencias evidentes como el aumento de la obesidad infantil y de enfermedades agudas y crónicas. El cuestionario que evalúa la adhesión a la dieta mediterránea fue publicado por primera vez en el año 2004, suponiendo un hito para valorar la calidad dietética en niños y adolescentes.

OBJETIVO

Valorar la adherencia a la dieta mediterránea de niños y adolescentes, diferenciando por estado nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha valorado la adherencia al patrón dietético mediterráneo aplicando el Test Kidmed (16 ítems)

y Kidmed modificado (19 ítems) a niños procedentes de la consulta de Endocrinología Infantil, obteniendo las categorías:

≤ 3: Dieta de muy baja calidad

4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo.

≥ 8: Dieta mediterránea óptima

Para evaluar el estado nutricional (EN) se midió el peso y talla según técnica estandarizada, y se calculó el índice de masa corporal, obteniendo las siguientes categorías para la relación peso/talla:

Normal: de P15 ($Z \approx -1$) a P85 ($Z \approx +1$)

Sobrepeso: de P85 ($Z \approx +1$) a P97 ($Z \approx +2$)

Obesidad: $Z +2$ a $+3$

RESULTADOS

Se han incluido 107 pacientes, el 57,0% fueron mujeres y el 43% varones, la edad media fue de $11,3 \pm 2,5$ años (rango 6 a 17 años). Considerando el estado nutricional, el 6,5% presentó EN normal, el 23,4% sobrepeso (el 72% fueron mujeres), y el resto obesidad (50,7% varones).

Analizando la adherencia a la dieta mediterránea, la puntuación media fue de $7,5 \pm 3,0$, el 10,3% presentó una puntuación inferior a 3, el 31,8% necesidad de mejorar la calidad de la alimentación y el 57,9% buena adherencia, son las niñas las que obtuvieron una mejor puntuación del patrón alimentario.

Destaca la baja ingesta de frutas y verduras, pescados y frutos secos, suelen saltarse el desayuno y los que desayunan, incluyen en el mismo algún producto de bollería.

Si se considera el EN, el 10,3% de los niños con obesidad presentaron una mala adherencia al patrón mediterráneo y el 37,4% una buena adherencia, en el caso de los niños con sobrepeso, la adherencia fue buena sólo en el 15% de ellos. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el EN y la adherencia a la dieta mediterránea.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados fueron inferiores a otros estudios realizados en población infantil, reflejando la mala

calidad de la dieta en este colectivo, resulta de vital importancia diseñar y ejecutar programas de educación nutricional concienciando a los niños y en especial a sus cuidadores para mejorar no sólo la alimentación, sino también el estado nutricional de los mismos.

IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANQUILOGLOSIA EN LA LACTANCIA MATERNA

Inés Vico Marín; Inmaculada Juguera Rodríguez; Patricia Miranda Romera; María Ángeles Muñoz del Castillo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el alimento óptimo recomendado hasta los 6 meses de vida. La anquiloglosia está suscitando cada vez más interés por considerarse una de las causas tratables de abandono de la lactancia materna. Sin embargo, aún su manejo no está homogeneizado y falta evidencia de su efecto en la lactancia materna y a largo plazo.

El objetivo de este trabajo es evaluar si el diagnóstico y tratamiento del frenillo corto sublingual favorece la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida, como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

MÉTODO

Se propone un estudio descriptivo. La población a estudio son los lactantes atendidos en la consulta de anquiloglosia desde Junio de 2022 hasta Julio de 2023, que en el momento de la realización del estudio tienen más de 6 meses de vida. Se registran un total de 522 lactantes. El tamaño muestral analizado han sido 247 pacientes, obtenidos por aleatorización simple y calculado en base a un nivel de confianza del 95% y un error alfa del 5%. Se analizan datos sociodemográficos y se realiza análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

El 79% de los lactantes derivados a consulta son diagnosticados de anquiloglosia. De estos, el 60,7% son varones y el 39,3% mujeres. El tipo de frenillo diagnosticado según la clasificación anatómica de Coryllos fue: tipo I 14.3%, tipo II 52.6%, tipo III 27% y tipo IV 6.1%. El tratamiento recibido por los pacientes fue: asesoramiento en lactancia materna y terapia ocupacional en prácticamente su totalidad (sólo no recibieron asesoramiento 3 y terapia ocupacional 9); y frenectomía (78.6%, siendo todos los tipo I frenectomizados). El tipo de lactancia en los diagnosticados de anquiloglosia en la primera consulta fue LME 56%, mixta 31% y artificial 13%; y a los 6 meses de vida LME 29.6%, mixta 21% y artificial 45%. Resto de datos figuran en la tabla.

Coryllos	Tipo I		Tipo II		Tipo III		Tipo IV		Total
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Total	28	0	99	4	25	28	2	10	196
LME primera consulta	13 (46.4%)	-	64 (64.6%)	0 (0%)	11 (44%)	15 (53.6%)	1 (50%)	6 (60%)	110 (56.1%)
LME 3 meses	11 (39.3%)	-	41 (41.4%)	0 (0%)	9 (36%)	11 (39.3%)	1 (50%)	2 (20%)	75 (38.3%)
LME 6 meses	6 (21.4%)	-	30 (30.3%)	0 (0%)	8 (32%)	11 (39.3%)	1 (50%)	2 (20%)	58 (29.6%)
Tasa de abandono a los 3 meses	7%	-	23.2%	-	8%	14.3%	0%	40%	17.8%
Tasa de abandono de 3 a 6 meses	18%	-	11.1%	-	4%	0%	0%	0%	8.7%
Tasa de abandono durante el seguimiento	25%	-	34.3%	-	12%	14.3%	50%	40%	26.5%

Tabla. Tipo de lactancia en pacientes con anquiloglosia según clasificación anatómica y frenectomía.

CONCLUSIONES

Un adecuado manejo de la anquiloglosia favorece la lactancia materna, ya que cerca de un tercio de los pacientes con anquiloglosia alcanzaron LME a los 6 meses de vida, frente al 20.2% en Andalucía. La tasa de abandono fue mayor en los primeros tres meses, pudiéndose atribuir a la presencia de dificultades técnicas en la lactancia materna. Por otro lado, la anquiloglosia tipo IV impresiona ser un factor de riesgo para el establecimiento de la lactancia en los primeros días, ya que tiene la mayor tasa de abandono.

INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO A (EISGA)

Lucía Ramírez Martín; Laura Martín Pedraz; Begoña Carazo Gallego; Antonio Medina Claros; Esmeralda Núñez Cuadros

Hospital Materno Infantil Málaga

INTRODUCCIÓN

Desde diciembre de 2022 se ha evidenciado un incremento notable de casos de Enfermedad Invasiva por Streptococcus del Grupo A (EISGA) en Europa, con incidencias reportadas hasta 5,7 casos por cada 100.000 consultas realizadas en urgencias (cru), así como un aumento de la frecuencia de neumonía (36.2 % 2022 vs 22,8% 2019).

OBJETIVO

Describir incidencia y características clínico-epidemiológicas de la EISGA, y determinar factores relacionados con un mayor riesgo de presentar complicaciones.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo y analítico retrospectivo en pacientes <16 años que cumplieron criterios de EISGA en un hospital pediátrico de tercer nivel entre enero 2019 - diciembre 2023. Definimos EISGA como aquella infección con aislamiento microbiológico de estreptococo grupo A en una muestra estéril. Complicaciones derivadas de EISGA: infec-

ciones a distancia, absceso/celulitis, shock tóxico estreptocócico (SST), derrame pleural, insuficiencia renal y trombosis venosa. Se realizó un estudio bivalente para determinar factores asociados a complicaciones. Significación p-valor<0.05.

RESULTADOS

Se estudiaron 27 pacientes cuyas características clínico-epidemiológicas se recogen en la **Tabla 1**. La incidencia media entre 2019 y 2022 fue 2,2/100.000 y en 2023 fue 16,3 /100.000 cru.

La neumonía fue el diagnóstico más frecuente (48,1%; n=13), seguido de la sepsis (22,2%; n=6). La antibioterapia empírica inicial más usada fue Cefotaxima/Ceftriaxona + Clindamicina en el 40,7% (n=11). El 51,9%(n=14) permitió simplificación posterior tras recepción de antibiograma a Ampicilina 44,4% (n=12). Se administró inmunoglobulina intravenosa en el 25,9%(n=7).

Requirió cirugía el 55,6%(n=15), siendo la videotoroscopia la intervención quirúrgica más frecuente (18,5%; n=5). El 63% (n=17) ingresó en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) con una estancia mediana de 4 días (RIC:1-15). Preciso ventilación mecánica 29,6% (n=8), 18,5%(n=5) drogas vasoactivas y 22,2%(n=6) oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

El 85,2% (n=23) presentó complicaciones. Los factores relacionados con complicaciones fueron niveles más elevados de PCT al ingreso (9,8 vs 3,2 mcg/L; p <0,03) y mayor leucocitosis (15.000 vs 5.570 /UL;p<0,01) y neutrofilia (15.480 vs 5.500 /UL ;p<0,02) durante el ingreso, así como la edad < 60 meses con diferencias cercanas a la significación (p<0,09). El desarrollo de neumonía fue predictor de complicaciones (56,5% vs 43,5%; p<0,03). No se produjo ningún éxito.

CONCLUSIONES

Se objetivó un aumento de la incidencia de EISGA en niños en nuestro medio, siendo neumonía la forma clínica más frecuente de presentación coincidiendo con la bibliografía reciente. Cifras más elevadas de PCT al ingreso, y leucocitos y neutrófilos durante el ingreso fueron parámetros asociados a gravedad.

ATENCIÓN A MENORES TRANS. TRAYECTORIA Y RETOS DE LA UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE ANDALUCÍA ORIENTAL

Valeria Vivó Porcar Hospital; Ana García del Moral; Raúl Hoyos Gurrea

Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves (HUVN, Granada)

INTRODUCCIÓN

La demanda de visitas médicas de menores en relación con la identidad de género ha aumentado en los últimos años; en parte debido a un cambio en la mirada social y, también, gracias a los últimos avances legislativos, que han comportado una agilización de la asistencia a este colectivo en los ámbitos sanitario y administrativo. Desde 2017, la Unidad de Endocrinología Pediátrica de nuestro hospital atiende infantes y adolescentes transexuales procedentes de varias provincias andaluzas. El enfoque de esta consulta es acompañar y validar la autodeterminación de género desde la no patologización, situando en el centro el mejor interés para el menor. A lo largo de este documento, se utilizará el término trans para hacer referencia a esta población.

OBJETIVO

Conocer las características de la población menor trans atendida en la consulta de identidad de género de nuestro hospital y proporcionar así una base para futuras investigaciones relacionadas con la mejora de la asistencia ofrecida.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la recogida de datos entre enero de 2022 y diciembre de 2023 de menores trans atendidos en la consulta de Endocrinología Pediátrica de un hospital de tercer nivel. Se analizan variables sociodemográficas, de asistencia sanitaria y de función psicológica. El análisis estadístico se realizó con SPSS-v.23.

RESULTADOS

Se incluyeron 104 jóvenes trans, con una edad media en la primera visita de 10.9 años (desviación estándar [DE]: $\pm 2,29$) y de autodeterminación de género contrario al asignado al nacer de 6.6 años (DE $\pm 3,59$). El 55.3% eran niños trans y el 43.7%, niñas trans. Un menor se autodesignada como no binarie. Las primeras señales de identidad de género las mostraron a los 6.7 años (DE: $\pm 5,1$). Un 62.1% había iniciado tratamiento frenador de la pubertad con una edad media de 11.5 años (DE: $\pm 1,28$) y un 38.8%, la hormonación, con 13.6 años (DE: $\pm 0,59$). Un 78.6% habían realizado un tránsito sociofamiliar, el resto únicamente familiar. Un 34% precisó atención en la esfera de Salud Mental. Ningún menor detransicionó.

CONCLUSIONES

Los resultados presentados son consistentes con la literatura disponible sobre aspectos epidemiológicos de menores trans. Este trabajo supone el punto de partida para futuras intervenciones e investigación adicional en la unidad relativas a calidad de vida, salud sexual y emocional o evolución y tránsito a las unidades de identidad de género de población adulta.

UNIDAD DE ANQUILOGLOSIA. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

Inmaculada Juguera Rodriguez; Patricia Miranda Romera; Maria Angeles Muñoz Del Castillo; Encarnacion Parrilla Martin; Manuela Peña Caballero
Hmi Virgen de Las Nieves Granada

INTRODUCCIÓN

La anquiloglosia puede limitar el movimiento de la lengua necesario para la extracción de la leche y causar dificultades en el amamantamiento (mal agarre, dolor mamario, afectación de la transferencia de leche con hipogalactia secundaria y escasa ganancia ponderal). Las consultas multidisciplinares formadas por Unidades de Neonatología, Servicios de Cirugía Pediátrica y de Medicina Física

XLVIII Reunión científica de la SPAO

y Rehabilitación permiten una atención especializada e integral de los pacientes con anquiloglosia que presentan repercusión funcional.

OBJETIVO

Conocer el funcionamiento de la Unidad de Anquiloglosia entendida como el circuito de atención integral a neonatos y lactantes menores de 6 meses con frenillo sublingual y/o anquiloglosia que son subsidiarios de frenectomía por dificultades para el establecimiento y/o mantenimiento de la lactancia materna, y que son atendidos en un Hospital Materno Infantil (Área de Neonatología y Obstetricia) y en su Área de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes atendidos como primera consulta desde el inicio del funcionamiento de la Unidad de Anquiloglosia, desde Junio de 2022 hasta Diciembre de 2023. Los registros han sido obtenidos a partir de una base de datos creada al inicio y actualizada en cada consulta. Para la valoración de la repercusión funcional de la anquiloglosia se realiza historia clínica de lactancia detallada, clasificación anatómica de Coryllos y se emplea la herramienta Tabby para la evaluación de la misma.

RESULTADOS

Número de pacientes atendidos en la consulta como primera visita: 678. Procedencia de la derivación: Planta de Puérperas/Unidad de Neonatología: 492 (73%). Atención Primaria: 181 (27%) Se han realizado 415 frenectomías (61.2%): En primera consulta 390, en consultas sucesivas 8 y en quirófano 17. No precisan frenectomía: 263 (38.8%) En todos los pacientes atendidos se realiza evaluación, en el mismo acto asistencial, por parte de cirugía pediátrica y una asesora de lactancia. Además, una terapeuta ocupacional especializada explica a la familia los ejercicios de terapia miofuncional, aplicada a todos los pacientes atendidos en la primera visita. Se realiza visita de seguimiento a la semana, tanto a los pacientes frenectomizados como a aquellos en los que no se realiza frenecto-

mía (bien por decisión familiar o porque precisan de técnica quirúrgica) pero que presentan limitación funcional. Se solicita valoración presencial en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación sobre las 4 semanas, una vez finalizada la terapia miofuncional, a los que se realiza frenectomía.

CONCLUSIÓN

La presencia de anquiloglosia limitante triplica el riesgo de destete durante la primera semana de vida. La ausencia de un manejo adecuado, de un protocolo consensuado y de un abordaje multidisciplinar entre los profesionales que atienden a madres y recién nacidos en los primeros días de vida, puede implicar un retraso en el diagnóstico y tratamiento de estas entidades, factor que puede conllevar a un abandono injustificado de la lactancia materna. La terapia miofuncional está demostrando buenos resultados en aquellos pacientes con anquiloglosia limitante con difícil abordaje quirúrgico.

EVALUACIÓN PRE-POST DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE SISTEMAS DE SOPORTE RESPIRATORIO PARA MÉDICOS RESIDENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Valeria Vivó Porcar; Inés Vico Marín; Patricia Miranda Romera; Ana García del Moral

Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves (HUVN, Granada)

INTRODUCCIÓN

La ventilación mecánica y el soporte respiratorio pediátrico y neonatal constituyen uno de los mayores retos formativos para los Médicos Internos Residentes (MIR) de Pediatría. Más allá de lo complejo de su teoría y su aplicación práctica, en ocasiones el desafío reside en el montaje, calibración y manejo de los diversos sistemas de ventilación en situaciones de urgencia. La participación del MIR en la asistencia al paciente crítico y/o complejo

aumenta con los años de residencia. Con ello, también la preocupación por adquirir un conocimiento práctico de los sistemas de ventilación.

OBJETIVO

Determinar si la implementación de material audiovisual sobre montaje y programación de los sistemas de soporte respiratorio en una Unidad de Neonatología tiene un efecto positivo en la formación práctica de los MIR sobre ventilación.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de intervención pre-post, sin grupo control. Participaron todos los MIR de Pediatría de un hospital de tercer nivel. Se tuvieron en cuenta variables como año de residencia y rotación por la Unidad de Neonatología General y Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El instrumento de medida fue un cuestionario de preguntas «sí/no» sobre montaje y manejo práctico de diferentes sistemas de soporte respiratorio de que dispone la unidad. Se compararon las variables respuesta antes y después de mostrar a los participantes una herramienta audiovisual didáctica al respecto. El análisis estadístico se realizó con SPSS-v.23.

RESULTADOS

Participaron un total de 26 MIR. Un 96,2% de los participantes había rotado en la Unidad de Neonatología General y un 57,7% también lo había hecho en la UCIN. En el 90% de los ítems se observó un incremento estadísticamente significativo de las respuestas afirmativas en el post-test (Tabla 1). El 100% de los participantes consideraron el material útil como formación complementaria en ventilación.

CONCLUSIONES

Las herramientas audiovisuales en forma de vídeos u otro material gráfico pueden ser un buen instrumento para complementar la formación de los MIR sobre el montaje y uso de sistemas de soporte respiratorio. El principal valor de este estudio radica en el papel que toman los propios MIR al identificar un gap de conocimiento, desarrollar una actividad que ayude a suplirlo y evaluar su efectividad.

La evaluación práctica de las habilidades adquiridas mediante la rotación y el material diseñado se implantará periódicamente para valorar el conocimiento sobre montaje y manejo de los sistemas de ventilación a largo plazo.

Año de residencia	1ro (30,7%)	2do (26,9%)	3ro (26,9%)	4to (15,5%)
Rotación en Neonatología Gral	Sí (96,2%)		No (3,8%)	
Rotación en UCIN	Sí (57,7%)		No (42,3%)	
Evaluación	PRE	POST	Prueba χ^2	
Montaje sistema AF	38,5%	100%	p <0.05*	
Identificar partes sistema AF	42,3%	96,2%	p <0.05*	
Montaje VNI incubadora	73,1%	100%	p <0.05*	
Montaje VM incubadora	34,6%	96,2%	p <0.05*	
Identificar partes incubadora	38,5%	88,5%	p <0.05*	
Montaje sistema VNI	19,2%	96,2%	p <0.05*	
Programación sistema VNI	50%	92,3%	p <0.05*	
Montaje sistema VM	15,4%	80,8%	p <0.05*	
Calibración sistema VM	46,2%	65,4%	p 0.125	
Programación sistema VM	50%	76,9%	p <0.05*	
Identificar partes sistema VM	15,4%	80,7%	p <0.05*	

* p < 0,05 = significación estadística

TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA DETERMINAR LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS, ¿UNA BUENA HERRAMIENTA?

Valeria Vivó Porcar; Ángel Morillas Mingorance; Álvaro Vázquez Pérez; Juan Luis Santos Pérez

Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves (HUVN, Granada)

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias de vía aérea superior (IRVAS) suponen un motivo de consulta frecuente en los servicios de Urgencias Pediátricas (UP). Su etiología es fundamentalmente vírica. No obstante, el consumo de antibióticos que asocia es elevado y, a menudo, innecesario. Con objeto de disponer de resultados rápidos en las UP para poder orientar la etiología y, en consecuencia, la decisión del tratamiento a seguir, se han desarrollado tests basados en la detección de antígenos. Febridx® es un método diagnóstico rápido para la detección conjunta de la proteína A de resistencia a mixovirus (MxA), y la proteína C reactiva (PCR) en sangre. La positividad de MxA sugiere infección vírica, por lo que se ha propuesto su uso para mejorar la calidad de la prescripción.

OBJETIVO

Determinar si la detección de proteína MxA en sangre capilar resulta de utilidad en los servicios de UP para diferenciar de forma rápida la etiología de las IRVAS y, por tanto, orientar la prescripción de antibióticos.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio prospectivo de prueba diagnóstica con grupo control. Se incluyeron pacientes atendidos en las UP por sintomatología compatible con IRVAS desde Agosto hasta Octubre de 2023. Se recogieron datos sociodemográficos y relativos a la clínica y proceso diagnóstico. El análisis estadístico se realizó con SPSS-v.29.

RESULTADOS

Se evaluaron 74 procesos diagnosticados de IRVAS en base a criterios clínicos o analíticos. De los participantes, un 45,9% eran niñas y un 54,1%, niños, con una mediana de edad de 2 años. En 38 casos (48,6%) se realizó el test Febridx de los cuales, en 35 se detectó la proteína MxA (92,1%), en 1 el resultado fue bacteriano (2,6%) y otros 2 (5,2%) fueron negativos. El resto de pacientes se consideraron controles. Se indicaron antibióticos en 2 de los pacientes a los que se realizó el test (5,5%), ambos con resultado viral, y en 3 de los controles (9%). No se encontraron diferencias estadísticas entre grupos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados presentados, la mayor parte de los cuadros de IRVAS que se estudiaron fueron de etiología viral, confirmada con un test rápido positivo. Así, la incorporación del test Febridx en los servicios de UP podría apoyar el diagnóstico de IRVAS de origen viral de una forma rápida y poco invasiva. No obstante, pese a que este dato nos puede orientar en la decisión de prescribir un antibiótico o no, el criterio del clínico debe prevalecer sobre la prueba.

ÁREA ENFERMERÍA



PREVALENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN LA INFANCIA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

Raquel García Rodríguez; Clara Alonso Larraz; Laura Ortega Morales; Inmaculada López Jiménez; Anna Capdevila Lorenzo; Antonio Bonillo Perales
Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

El asma es considerada la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. La prevalencia de asma en España es variable según la edad y la zona geográfica, habiendo presentado asma alguna vez el 21,3% de adolescentes y el 12,4% de los escolares.

Su importancia radica en su elevada prevalencia, en el carácter crónico de la enfermedad y en las numerosas demandas asistenciales que genera.

OBJETIVO

Analizar la prevalencia de asma bronquial en nuestro medio en la población menor de 15 años, conocer si han recibido educación sobre el manejo de cámaras espaciadoras y describir las demandas asistenciales que generan estos pacientes.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional de 201 encuestas realizadas a padres cuyos hijos acudían a vacunación en

tres centros de salud de Almería capital durante los meses de noviembre y diciembre de 2023.

Se analizaron dichas encuestas y la utilización de recursos sanitarios del registro informatizado del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), además se compararon las variables de los niños diagnosticados de asma bronquial con aquellos no asmáticos.

Estudio descriptivo y comparativo entre los niños con y sin asma bronquial ("t" de Student y Chi2).

RESULTADOS

De los 201 niños menores de 15 años están diagnosticados de asma el 23,3% (n=47), con una media de edad en el momento de la recogida de los datos de 6,36 +/- 3,96 años. El 97,9% de los niños asmáticos refieren haber recibido educación sobre el manejo de cámaras espaciadoras. El 31,9% de los niños con asma bronquial también tienen alergia respiratoria.

En los últimos 12 meses, los niños con asma bronquial han generado 11,8 ± 9,76 visitas a Atención Primaria y 2,8 +/- 3,0 visitas a Urgencias Hospitalarias. Los niños asmáticos consultan con mayor frecuencia en Atención Primaria por causa respiratoria que los no asmáticos (1,63 +/- 3,02 vs 0,60 +/- 1,27, p=0,09), acudiendo a Urgencias Hospitalarias 2,1 veces más que los niños no asmáticos (p=0,04).

XLVIII Reunión científica de la SPAO

Haber presentado bronquiolitis previa es 6,5 veces más frecuente entre los niños asmáticos (66% de los niños asmáticos vs 22,7% en niños no asmáticos, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Se evidencia una alta prevalencia de asma infantil, con elevado consumo de recursos sanitarios. Presentar bronquiolitis previa aumenta el riesgo de padecer asma. Un alto porcentaje de niños asmáticos han recibido educación sobre manejo de las cámaras espaciadoras.

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS DEMANDAS ASISTENCIALES POR PROCESOS INFECCIOSOS

Antonio Bonillo Perales; Raquel García Rodríguez; Clara Alonso Larraz; Inmaculada López Jiménez; Anna Capdevila Lorenzo; Manuel Moya Álvarez

Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta al menos los 2 años. La lactancia materna (LM) fortalece el sistema inmunológico de los bebés y se ha demostrado que disminuye el número de infecciones respiratorias agudas, gastrointestinales, urinarias y las alergias alimentarias.

OBJETIVO

Describir la duración de la LM en nuestro medio, las causas de su retirada y analizar si la LM reduce las demandas asistenciales por infecciones en Atención Primaria (AP) y Urgencias Hospitalarias.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional de 201 encuestas realizadas a padres cuyos hijos acudían a vacunación en

3 centros de salud de Almería capital durante los meses de noviembre y diciembre de 2023.

Se analizaron dichas encuestas y la utilización de recursos sanitarios del registro informatizado del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Estudio descriptivo de la duración de la LM y análisis comparativo de las demandas asistenciales por procesos infecciosos entre los niños menores de 2 años que han recibido o no LM ("t" Student y Chi2).

RESULTADOS

La duración de la LM exclusiva ha sido de $3,1 \pm 2,6$ meses y la de la lactancia mixta $7,7 \pm 9,7$ meses. El 30% de los niños han recibido al menos 6 meses de LM. Tienen el diagnóstico de anquiloglosia el 9,5% de los lactantes con LM.

Las causas de abandono de la LM han sido: decisión materna (44,5%), lactancia materna insuficiente (22,4%), trabajo (12,6%), decisión médica (10,1%) y dificultad de agarre (8,4%).

Los lactantes que han recibido LM consultaron con menor frecuencia por infecciones respiratorias de vías altas ($1,5 \pm 2,4$ vs $2,5 \pm 3,9$, $p = \text{NS}$) y por cuadros respiratorios ($0,6 \pm 1,3$ vs $2 \pm 5,3$, $p = \text{NS}$) en AP.

Los lactantes que no han recibido LM presentan 1,5 veces más visitas por fiebre, ($p = \text{NS}$), 1,6 veces más visitas por problemas respiratorios ($p = \text{NS}$) y 4,1 veces más por infecciones ORL ($p = 0,02$) en urgencias hospitalarias.

Los niños que no han recibido LM han cursado bronquiolitis 1,5 veces más que los niños que si han recibido LM (40,6% vs 31,4%, $p = \text{NS}$).

CONCLUSIONES

La duración de la LM en nuestro medio es inferior a las recomendaciones que da la OMS. La principal causa de la suspensión de la LM es por decisión materna.

La LM disminuye las demandas asistenciales por procesos infecciosos tanto en AP como en urgencias hospitalarias, especialmente las infecciones por ORL.

PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

Antonio Bonillo Perales; Clara Alonso Larraz; Laura Ortega Morales; Anna Capdevila Lorenzo; Inmaculada López Jiménez; Manuel Moya Álvarez

Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es la infección más frecuente de vías bajas en niños menores de 2 años, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) su causa más frecuente. El VRS infecta a más del 60% de los niños en el primer año de edad y hasta el 90% durante los 2 primeros años de vida, llegando a provocar más de 3,2 millones de hospitalizaciones a nivel mundial. En nuestro medio, ingresan por bronquiolitis entre el 3% y 4% de todos los niños antes de los 24 meses de edad.

OBJETIVOS.

Analizar la prevalencia de bronquiolitis y el consumo de recursos sanitarios, así como su motivo; tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

POBLACIÓN Y MÉTODO.

Estudio observacional de 3 centros de salud de Almería capital realizado entre noviembre y diciembre de 2023. Mediante encuesta y registro informatizado del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) se analizaron las visitas hospitalarias y de atención primaria en los últimos 12 meses, así como su motivo en niños menores de 2 años. Estudio descriptivo y comparativo entre niños con y sin bronquiolitis ("t" Student o U de Mann-Whitney y χ^2).

RESULTADOS.

Realizamos encuestas a padres de 69 niños menores de 2 años que acudían a vacunación en 3 centros de Atención Primaria. Los resultados obtenidos muestran que cursaron bronquiolitis el 34,3%

de los niños (n=22), a una edad media de 6,19 +/- 3,22 meses.

En los últimos 12 meses, los niños encuestados con bronquiolitis han generado 3,5 +/- 3,4 visitas a urgencias hospitalarias y 14,7 ± 9,74 visitas a Atención Primaria, precisando ingreso hospitalario el 22,7% de los casos con una duración de 5,4 ± 3,2 días, siendo la edad de ingreso de 3,4 ± 2,2 meses.

Los niños menores de 2 años de edad han acudido con mayor frecuencia a Atención Primaria y a Atención Hospitalaria por causa respiratoria y fiebre sin foco (p<0,05). Así mismo, los niños menores de 2 años con bronquiolitis han acudido 6,3 veces más a urgencias hospitalarias (p=0,004) y han precisado con mayor frecuencia ingreso hospitalario (OR= 8,09, p=0,004).

En cuanto al tiempo de guardería, cuantos más meses está el niño en la guardería mayor es la probabilidad de cursar bronquiolitis (p=0,08).

CONCLUSIONES.

Observamos una alta prevalencia de bronquiolitis e importante consumo de recursos sanitarios en los niños con bronquiolitis, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, especialmente por causas respiratorias y fiebre sin foco.

DEMANDA ASISTENCIAL PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS CAUSAS

Laura Ortega Morales; Raquel García Rodríguez; Clara Alonso Larraz; Manuel Moya Álvarez; Inmaculada López Jiménez; Antonio Bonillo Perales

Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

Desconocemos con precisión en nuestro medio cuales son las demandas asistenciales de los niños en Atención Primaria en los diferentes tramos de edad pediátrica, así como los factores asociados con un mayor número de consultas.

OBJETIVOS

Evaluar las demandas asistenciales en Atención Primaria en niños menores y mayores de 4 años de edad, así como analizar los factores que se relacionan con el mayor número de visitas a Atención Primaria.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional transversal en Almería capital a menores de 15 años que acudían a vacunación entre noviembre y diciembre del 2023. Analizamos el número de visitas a Atención Primaria en los últimos 12 meses y sus motivos (encuesta y registro informatizado Diraya. Comparamos la demanda asistencial en los niños menores y mayores de 4 años ("t" de Student). y los factores relacionados con mayor número de consultas a Atención Primaria ("r" de Pearson).

RESULTADOS

Evaluamos 201 niños. En los últimos 12 meses los niños menores de 4 años han tenido con mayor frecuencia fiebre ($4,2 \pm 4,8$ vs $2,1 \pm 2,3$, $p < 0,001$), infecciones ORL ($2,1 \pm 2,6$ vs $1,2 \pm 1,5$, $p = 0,003$) y procesos respiratorios ($1,0 \pm 3,0$ vs $0,4 \pm 0,9$, $p = 0,05$). Los niños menores de 4 años han acudido al Centro de Salud en los últimos 12 meses con mayor frecuencia ($12,8 \pm 9,1$ vs $7,7 \pm 7,1$ $p < 0,001$), especialmente por infecciones ORL ($1,8 \pm 2,6$ vs $1,2 \pm 1,7$ $p = 0,05$). En los 201 casos analizados el número de visitas al Centro de Salud está relacionado con tener menor número de hijos ($p = 0,001$) y con la menor edad del niño ($p = 0,005$). Cuanto mayor son las visitas a Atención Primaria, mayor es el número de ellas a los servicios de Urgencias Hospitalarias ($r = 0,37$ $p < 0,001$). Cuantos más meses están en la guardería los niños menores de 3 años presentan mayor número de infecciones ORL ($r = 0,22$, $p = 0,02$) y con más frecuencia consultan por fiebre en Atención Primaria ($r = 0,32$, $p = 0,001$).

CONCLUSIONES

Observamos una importante demanda asistencial en Atención Primaria, especialmente en menores de 4 años, siendo la fiebre e infecciones ORL las causas más frecuentes. Las visitas a Atención

Primaria aumentan cuantos menos hijos tienen las madres y menor edad tiene el niño. Los meses de guardería se asocian a mayor número de consultas en Atención Primaria por fiebre e infecciones ORL.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ALERGIA ALIMENTARIA

Antonio Bonillo Perales; Laura Ortega Morales; Raquel García Rodríguez; Manuel Moya Álvarez; Anna Capdevila Lorenzo; Inmaculada López Jiménez
Hospital Torrecárdenas de Almería

INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria (AA) tiene una prevalencia en la población pediátrica española entre 6-8% al año de edad y se estabiliza en torno al 4% desde los 4 años de edad, registrándose un aumento de su frecuencia en las últimas décadas. Los alimentos más frecuentemente implicados en la alergia mediada por IgE son las proteínas del huevo (39,1 %) y leche (32,3 %), seguidas de los frutos secos (18,8 %), frutas (12 %) y los pescados (11,3 %).

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de alergia alimentaria en la edad pediátrica, sus principales causas y los síntomas alérgicos que han presentado los pacientes estudiados.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional de 201 encuestas realizadas a padres de hijos que acudían a vacunación en 3 centros de salud de Almería capital durante los meses de noviembre y diciembre de 2023. Estudio descriptivo de los alimentos implicados en la alergia alimentaria, sus principales manifestaciones clínicas y concomitancia de otras enfermedades alérgicas.

RESULTADOS

Se analizan 201 pacientes pediátricos menores de 15 años de edad, con una edad media de 48 ± 43

meses, de los cuales el 3,9% de ellos habían tenido alguna alergia alimentaria. La edad media en la que presentaron la reacción alérgica fue de 13 meses, encontrando una frecuencia de aproximadamente del 20% para cada uno de los grupos de alimentos (huevo, leche, frutas, pescados y frutos secos), de los cuales 1/3 de los niños presentaban alergia alimentaria múltiple.

La reacción alérgica alimentaria más frecuente ha sido urticaria (60%), seguida del dolor abdominal aislado (20%) y urticaria con dolor abdominal en el 20% de los casos. El 37,5% de los niños con alergia alimentaria estaban diagnosticados de asma bronquial frente a un 22,3 % (p-valor=0,316) en niños no alérgicos. Además, en los pacientes pediátricos con alergia alimentaria, el porcentaje de rinitis o asma alérgica fue de 25% frente a un 11,39 % en la población sin alergia alimentaria (p-valor=0,245).

CONCLUSIONES

La prevalencia de alergia alimentaria en nuestro estudio es similar a la descrita en la población pediátrica. La urticaria es el síntoma alérgico más frecuente. Además, se observa una mayor tendencia de asma bronquial y otras enfermedades alérgicas en pacientes pediátricos con alergias alimentarias.

“I JORNADA SALUDABLE Y DE FOMENTO DEL DEPORTE IGUALITARIO” COLEGIO UNITARIO RURAL MAESTRO RODRIGUEZ ESPINOSA LAS CUEVAS DE LOS MEDINAS.ALMERIA

Maria Castillo Luna(1); Rafael Milan Rubio (1); Evelyn Muñoz Parra (2); Sonia Martinez Gimenez (3); Rosa Maria Perez Garcia (4); Maria Teresa Peñafiel Escamez (3)

(1) Distrito Sanitario Almería

(2) UGC Almería Periferia. Distrito Almería

(3) Enfermera Escolar, Distrito Almería

(4) Colegio Unitario Rural Maestro Rodriguez Espinosa Las Cuevas de Los Medinas. Almería

INTRODUCCIÓN

La Enfermera Referente Escolar de la UGC Almería Periferia contacta con la dirección del colegio Unitario Rural “Maestro Rodríguez Espinosa” y planteamos la realización de la “I Jornada Saludable” en el Colegio, para la consecución de los objetivos contemplados en las líneas estratégicas CRECIENDO EN SALUD E IGUALDAD, Promover y capacitar a las personas para el desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales que, les permitan la adquisición y consolidación de hábitos saludables e igualitarios fomentando la salud y permitiendo el logro de una educación integral, que comparte y se asienta en los cuatro pilares educativos que propone la UNESCO

- Aprender a ser.
- Aprender a convivir.
- Aprender a conocer.
- Aprender a hacer.

OBJETIVOS

- Desarrollar metodologías innovadoras en materia de promoción de la salud, relacionados con el bienestar emocional, la alimentación y la actividad física, los hábitos de higiene, el autocuidado, y la igualdad a través de historias de vida contadas en primera persona.
- Intercambiar experiencias y el trabajo en equipo. Creando redes de colaboración interprofesionales, interdisciplinar e interinstitucional.
- Hacer partícipes a las familias, fomentando su colaboración en la promoción de la salud.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

- Invitamos a Evelyn Muñoz Parra, campeona de halterofilia con medalla de Bronce y enfermera, transmitiendo con su experiencia la importancia del ejercicio físico, esfuerzo, valores e igualdad.
- Para abordar la higiene postural y la conciencia corporal invitamos a los fisioterapeutas del Distrito Almería

XLVIII Reunión científica de la SPAO

- Realizamos un desayuno saludable elaborado por las familias del Centro, posteriormente nos lavamos los dientes aprendiendo a cepillarlos en el taller "DENTIN" con nuestra enfermera referente escolar. Nos formamos también con nuestra Enfermera Escolar en "salvar vidas" aprendiendo a hacer una RCP cantando con nuestros peluches.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La experiencia demuestra que esta es la mejor forma de transmitir mensajes y contenidos, desde la práctica e historias de vida en primera persona de aquellos que pueden aportar experiencias de deporte igualitario y hábitos de vida saludables.

BANCOS DE LECHE HUMANA DONADA: NUESTRO PAPEL COMO CENTRO PERIFÉRICO DE ATENCIÓN A DONANTES

Maria Lucia Beltran Rodriguez; Josefa Martinez Ortiz;
Ana Nazaret Muelas Hervas; Sara Ortega Vergara;
Carmen Nazaret Corral Vega; Maria Cruz Garcia Muñoz
Hospital San Agustín

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de vida, y cuando no se disponga de leche de la propia madre, la mejor opción es la leche pasteurizada de madres donantes, especialmente para los neonatos enfermos y grandes prematuros. El primer banco de leche de España se creó en Palma de Mallorca, y desde entonces se han ido creando otros bancos, que se encargan de recibir, procesar, almacenar y posteriormente distribuir la leche a las Unidades Neonatales con garantías de calidad y seguridad. Para facilitar la recogida de leche se han creado los Centros Periféricos de Atención a Donantes (CPAD), donde se recibe la leche y se transporta al banco donde se procesará.

OBJETIVO

Describir las tareas y protocolo que realizamos como CPAD.

MÉTODO

Desde el año 2020 se atiende a madres donantes en nuestro centro. Cuando existe una posible donante, se le explica el procedimiento: se realiza entrevista personal, analítica con serologías (debe ser normal al iniciar la donación) y se firma consentimiento informado. Una vez inscrita al banco de leche comienza el proceso de donación. Se explica el método de extracción de leche y se entrega el material necesario. También se le dan indicaciones de conservación y almacenamiento en el propio congelador del domicilio y transporte a nuestro centro en nevera. Una vez llega la leche a nuestra unidad, se almacena en congelador específico para ello a -25°C , siempre durante menos de 10 días, y se envía periódicamente en contenedor con nieve carbónica y control de temperatura, para garantizar la cadena de frío hasta su llegada al banco.

CONCLUSIONES

Consideramos fundamental el aumento de CPAD para aumentar la cantidad de leche que reciben los bancos. Cualquier hospital comarcal puede convertirse en CPAD, recibiendo la formación adecuada. - Una vez conocido el protocolo, es labor de los profesionales del CPAD realizar la divulgación y formación específica en los centros de la salud del área, para que también puedan identificar posibles madres donantes. - La captación activa de las posibles donantes es fundamental, y se debe realizar desde Neonatología y planta de Maternidad, así como en los centros de salud, a través de las visitas con matrona, enfermería pediátrica y pediatra. También consideramos muy conveniente divulgar la existencia de bancos de leche humana y CPAD en medios de comunicación, como podría ser radio y televisión locales, o charlas sobre lactancia materna.

HUMANIZACIÓN PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sara Bermudo Fuenmayor; Francisco Javier Velez Moreno; Marina Arcas Reina
UGC Virgen del Mar

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que la humanización de pediatría en los hospitales y centros de salud, están relacionados directamente con la mejora de los resultados en salud. Por ello, en la UGC Virgen del mar se elaboró y se puso en marcha el proyecto de humanización pediátrica.

OBJETIVO

Conocer la percepción de los padres de niños que acuden al centro de salud Virgen del Mar tras la implantación de las medidas incluidas en el proyecto de humanización pediátrica.

POBLACIÓN

Padres de niños adscritos a la UGC Virgen del Mar en Almería.

MÉTODO

En enero de 2024 se lleva a cabo la reforma estructural del ala materno infantil, y se crea el protocolo de humanización pediátrica. Para valorar la repercusión del cambio, hemos comenzado a pasar a los padres de los niños que acuden a consulta de pediatría, enfermería pediátrica y matrona, un cuestionario para medir si ha mejorado la satisfacción en cuanto a humanización de la atención se refiere. Los datos se recogen durante el mes de enero y febrero.

RESULTADO

Pendiente de resultados

CONCLUSIONES

Pendiente de resultados

DEMANDA ASISTENCIAL DE LOS NIÑOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SUS CAUSAS

Clara Alonso Larraz Hospital; Raquel García Rodríguez Hospital; Laura Ortega Morales; Anna Capdevila Lorenzo; Manuel Moya Álvarez; Inmaculada López Jiménez

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor

INTRODUCCIÓN

Desconocemos con precisión cuales son las demandas asistenciales en Atención Hospitalaria (AH) de los niños que acuden a Atención Primaria (AP) en los diferentes tramos de edad pediátrica, así como los factores asociados con un mayor número de consultas.

OBJETIVOS

Evaluar las demandas asistenciales de los niños de Atención Primaria en Atención Hospitalaria, diferenciar según sean menores y mayores de 4 años de edad, así como analizar los factores que se relacionan con el mayor número de visitas a Urgencias Hospitalarias.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional transversal en Almería capital a menores de 15 años que acudían a vacunación entre noviembre y diciembre del 2023. Analizamos el número de visitas a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses y sus motivos. Comparamos la demanda asistencial en los niños menores y mayores de 4 años ("t" de Student, Ji2, RR) y los factores relacionados con mayor número de consultas a AH ("r" de Pearson).

RESULTADOS

El 64,2% de los niños de AP han acudido a AH en los últimos 12 meses. Los niños menores de 4 años, consultan con mayor frecuencia las urgencias hospitalarias que los mayores de 4 años, siendo los motivos más frecuentes los cuadros febriles ($0,7 \pm 1,8$

vs $0,3 \pm 0,6$ ($p=0,01$)), procesos ORL ($0,45 \pm 0,9$ vs $0,41 \pm 0,8$ ($p=NS$)) y los problemas respiratorios ($0,4 \pm 1,0$ vs $0,1 \pm 0,5$ ($p=0,004$)). Los niños que han tenido ingreso neonatal consultan con mayor frecuencia las urgencias hospitalarias (11,6% vs 2,8%, RR: 4,6, $p=0,03$), y los diagnosticados de asma (27,9% vs 15,3%, RR: 2,14, $p=0,04$). Los niños que en el último año consultan al centro de salud, acuden 6,45 veces más a AH que los que no visitan el centro de salud ($13,39 \pm 9,00$ vs $6,39 \pm 6,27$ $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

La mayoría de los niños de AP consulta al menos 1 vez al año en AH. Los mayores demandantes son los menores de 4 años, siendo las causas más frecuentes los cuadros febriles y la bronquiolitis. Cuanto más acuden los niños a Atención Primaria, más acuden a las Urgencias Hospitalarias.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON DT1

Ana M. Licerán Peralbo

Hospital Universitario de Jaén

INTRODUCCIÓN

La hipoglucemia se manifiesta clínicamente con cifras de glucemia por debajo de 70 mg/dl y es más frecuente entre pacientes insulinizados. Los niños y adolescentes con Diabetes Tipo 1 (DT1), son el grupo más vulnerable ante este problema. El padecimiento de hipoglucemias supone un gran inconveniente a la hora de lograr un buen control glucémico. Puede crear cierto malestar y un gran desgaste emocional, tanto en el niño como en sus cuidadores.

OBJETIVOS

Reconocer la sintomatología de la hipoglucemia en niños y las posibles causas.

Evidenciar la importancia de la educación terapéutica al paciente y sus cuidadores con respecto al manejo de hipoglucemias.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet, Pubmed, Scielo y Science Direct, con los descriptores: hipoglucemia, hipoglucemia infantil, actuación enfermera en hipoglucemia, educación terapéutica en diabetes. Se realizó una lectura crítica y se revisaron artículos científicos junto con protocolos de actuación en hipoglucemia de nuestro ámbito.

RESULTADOS

La hipoglucemia es la complicación aguda más común en los niños con DT1. Es importante detectar cuanto antes los signos y síntomas y tomar las medidas necesarias para revertirla. La actuación en cada episodio de hipoglucemia variará en función del estado del paciente (consciente o inconsciente) y de la gravedad de los síntomas. La cantidad de gramos de hidratos de carbono necesarios para remontar una hipoglucemia dependerá del peso del paciente. Si el paciente está consciente, se administrarán hidratos de carbono de absorción rápida vía oral y en forma líquida. Puede ser interesante la administración de una pequeña cantidad de hidratos de carbono de absorción lenta en la segunda fase de remisión de la hipoglucemia. En hipoglucemias severas fuera del ámbito hospitalario, los pacientes deberán de conocer la utilización de glucagón (nasal o inyectable, según la edad) y poder utilizarlo de manera ambulatoria.

CONCLUSIONES

La hipoglucemia suele ser una experiencia desagradable, que se acompaña de la sensación de pérdida de control sobre el propio cuerpo. En los niños, la clínica puede pasar desapercibida en algunas ocasiones, de ahí la importancia de la prevención en este tipo de eventos. La educación en diabetes en el debut y durante el desarrollo de los menores debe ser función fundamental de la en-

fermera educadora. Debemos empoderar al paciente y familiares para que aprendan a convivir con la diabetes, sepan reconocer las características de las complicaciones que puedan surgirles y tengan herramientas para poder enfrentarse a ellas.

A PROPÓSITO DE UN CASO: VENTRÍCULO ÚNICO DE DOBLE SALIDA. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA GLENN

Eduardo Muñoz Martínez; Silvia Rodríguez Asensio; Sara Enrique Guerra

Hospital Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas son lesiones anatómicas que tienen una gran repercusión en la morbi-mortalidad de los niños que nacen con ellas. Tampoco se tratan de patologías aisladas, sino que son bastante frecuentes con 8 de cada 1000 recién nacidos que nacen padeciendo este problema. Concretamente, en España nacen al año 5.000 niños con algún tipo de cardiopatía y de ellos, 2000 son operados. Hasta este momento se asume que se trata de una causa multifactorial y por el momento no conocida, en la que también se descartan las causas puramente genéticas. Mientras tanto, las unidades de cuidados intensivos pediátricos siguen atendiendo esta patología y ofreciendo cuidados a los niños que tienen estas patologías tan complejas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 17 meses de edad que es derivado desde su país de origen (Marruecos) a una unidad española de cuidados intensivos pediátricos para ser intervenido de una cirugía cardíaca tipo Glenn por contar con un corazón con ventrículo único de doble salida. Fue un estancia difícil, con complicaciones y que requirió de un gran esfuerzo por parte de todo el equipo y de diferentes disciplinas del hospital.

DISCUSIÓN

Las cardiopatías congénitas son bastante frecuentes pero no lo suficiente como para que sean unas grandes conocidas. El motivo de presentar este caso, desde el punto de vista enfermero, es para visibilizar la patología del ventrículo único de doble salida y las etapas de la patología. Cómo para alcanzar el estado de salud óptimo esperado hay que cumplir con unas etapas que suponen años. También para reflejar cómo enfermería está presente en la unidades de cuidados intensivos pediátricos y en ocasiones tiene que conocer características más en profundidad de la patología para realizar un adecuado abordaje y cuidados. No son todos los hospitales ni todas las unidades las que asumen este tipo de patologías. Por eso, este es otro motivo que justifica mi decisión de visibilizar el caso, para que seamos el máximo número de compañeros que tengamos unas nociones básicas al respecto. Por último, resaltar el gran trabajo que se hizo por parte de todo el equipo para intentar conseguir los mejores resultados en salud con este paciente.

ALIVIO DEL ESTRÉS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SOMETIDOS A LA PUNCIÓN DEL TALÓN: INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Delia Cristóbal Cañadas

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor de Almería

INTRODUCCIÓN

La punción del talón es la forma estándar de extraer sangre en cuidados intensivos neonatales, pero es un procedimiento doloroso y estresante sin que se conozca un método óptimo de alivio del dolor. La medición no invasiva del cortisol en la saliva ha sido especialmente valiosa para cuantificar la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) en los lactantes que nos puede informar subjetivamente de sus respuestas al estrés.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de los ensayos controlados aleatorizados publicados que probaron los efectos de las intervenciones no farmacológicas sobre el cortisol como tratamiento para el dolor/estrés por punción del talón en recién nacidos prematuros en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron búsquedas de ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados en PubMed, Embase, CINHAL, Web of Science Cochrane Library y Cochrane Database of Systematic Reviews. La calidad de los estudios incluidos se evaluó mediante la herramienta de Colaboración Cochrane.

RESULTADOS

Finalmente se incluyeron en esta revisión y meta-análisis 6 estudios que cumplían los criterios de elegibilidad. La posición prono, el olor de la leche materna, los cuidados canguro y el hecho de que los gemelos se acuesten juntos en la misma incubadora durante la punción del talón, fueron intervenciones no farmacológicas que condujeron a una disminución de los niveles de cortisol en la saliva.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio sugieren que ciertas intervenciones farmacológicas durante el procedimiento de la punción del talón pueden reducir los niveles de cortisol salival, por lo que pueden tener un efecto amortiguador de estrés o de alivio del dolor en los bebés prematuros. Dadas las consecuencias negativas del dolor y/o el estrés en los bebés prematuros, es necesaria una mayor implicación del personal asistencial.

INSTRUMENTO ANSIOLÍTICO DURANTE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS

Almudena Garcia Ruiz; Gloria Serrano García; Rosa Padilla Serrano

Hospital Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

La ansiedad producida durante la realización de procedimientos médicos, resulta una situación desagradable que conlleva una reducida colaboración y peor pronóstico, especialmente en pacientes pediátricos.

Durante el tratamiento del cáncer, es necesario que el niño/a pase de manera repetida por la administración de medicación lo que resulta en una situación traumática y aversiva. Un método que se ha mostrado eficaz para reducir este sufrimiento es la distracción. Los estímulos ambientales capturan la atención dificultando el procesamiento del dolor y disminuyendo la respuesta de ansiedad. La Realidad Virtual (RV) provee un espacio seguro, que estimula diferentes sentidos y que captura la atención y aísla a los pacientes de la situación temida.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de la RV para disminuir la ansiedad y el estrés en pacientes oncológicos pediátricos durante las sesiones de quimioterapia.

PARTICIPANTES

Catorce pacientes oncológicos (entre 4 y 13 años; M= 7.71; DT= 3.83; 12 varones) participaron en el estudio. Todos los participantes habían recibido dos o más sesiones previas al estudio. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo RV (6 participantes) o grupo control No-RV (8 participantes).

PROCEDIMIENTO

El estudio fue realizado en el Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves de Granada y se informó

al tutor de cada paciente acerca de la confiabilidad y voluntariedad del estudio.

Antes de comenzar, se colocaba un pulsómetro en el dedo corazón y se les pidió que informasen de la ansiedad que sentían en ese momento mediante la Escala Pictográfica de Ansiedad (EPA).

Los pacientes recibían una sesión de tratamiento (mediante punción del reservorio subcutáneo, implantado a la altura del tórax o del brazo) mientras se reproducía un entorno de un cine en el que veía videos a modo de películas mediante unas gafas inmersivas Oculus Quest

2. Durante todo el procedimiento se recogió la Frecuencia Cardíaca (F.C.) Al terminar e les pedía que respondieran nuevamente la Escala EPA. Al grupo RV, además se les pidió que valoraran el nivel de inmersión percibido dentro del entorno de RV.

ANÁLISIS

El efecto de la RV sobre la ansiedad reportada se analizó mediante un ANOVA de medidas repetidas, con un factor entregrupos grupo (No-RV/RV) y el factor intrasujetos Ansiedad (EPA pre-tratamiento / post-tratamiento), Para analizar los cambios en la F.C., se realizó la sustracción de la F.C. durante el tratamiento menos la F.C. posttratamiento, para eliminar las diferencias en línea base en la frecuencia cardíaca y se realizó un ANOVA de un factor, con factor entregrupos grupo (No-RV / RV). RESULTADOS Grupo RV mostró niveles de ansiedad significativamente menores ($M = 3.25$; $DT = 2.42$) que el grupo No-RV ($M = 7.12$; $DT = 2.94$) (■). En relación al factor Ansiedad, ambos Grupos mostraron mayores niveles de ansiedad pretratamiento ($M = 6.35$; $DT = 2.95$) que posttratamiento ($M = 4.57$; $DT = 3.52$), con diferencias significativas. Finalmente, las medias de ansiedad pretratamiento frente a las post-tratamiento sólo fueron significativas en el grupo RV ($ps < 0.5$).

Los análisis sobre la F.C. los análisis ANOVA de un factor señalaron diferencias significativas, siendo menor los cambios en la frecuencia cardíaca en el grupo grupo RV comparado con el grupo No-RV.

CONCLUSIONES

Los resultados señalan la utilidad de la RV para reducir los niveles ansiedad reportada en pacientes oncológicos pediátricos, en sintonía con lo que se ha observado en investigaciones con adultos. Del mismo modo, la tasa cardíaca disminuyó durante el procedimiento en el grupo de RV, señalando una reducción en la ansiedad experimentada.

MODIFICACION DE LA FORMA DE PRESENTACION DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO POR LA PANDEMIA POR COVID-19

Antonio David Caparros Florido; Inmaculada Moreno Gonzalez; Alicia Pino Garcia; Carmen Solís Dominguez; Alejandro Romero Ramirez; Carmen Nuria Navas Ruiz
Hospital Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

El Síndrome hemolítico urémico es una patología potencialmente grave englobada entre las microangiopatías trombóticas, en ocasiones asociado a una disregulación del complemento. Entre los posibles triggers en las formas secundarias están las infecciones, clásicamente Escherichia Coli productor de Shiga-toxina. Desde 2020 se plantea una posible relación entre COVID-19 y microangiopatías trombóticas, aunque el mecanismo sigue sin esclarecerse.

OBJETIVOS

Analizar si la pandemia por COVID-19 ha modificado la forma de presentación de los pacientes con Síndrome hemolítico urémico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional analítico, unicéntrico, mediante revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes ingresados por Síndrome hemolítico urémico entre 2008- 2022. Se

analizaron por separado características clínicas y epidemiológicas antes y durante la pandemia (desde 2020). Población 18 casos de pacientes pediátricos con edad comprendida entre 1 y 15 años procedentes de urgencias y de hospitalización pediátrica.

RESULTADOS

Obtuvimos 18 casos en total, 17 síndrome hemolítico urémico típicos. Coincidiendo con la pandemia observamos un claro aumento en la incidencia (3 frente a 0,75 casos/año) y predominio de pacientes de mayor edad (5,2 frente a 2,5 años, $p=0,034$). A nivel analítico al ingreso, presentaron cifras menores de creatinina (1,43 frente a 4,23 mg/dl, $p=0,02$, IC 95% 0,45-5,13) y LDH (2.094 frente a 3.099 UI/l, IC95% 37,1-1972,35, $p=0,043$). En ningún paciente se constató infección activa por SARS-CoV2 ni vacunación reciente. Sólo 5/9 pacientes del segundo periodo precisaron ingreso en cuidados intensivos pediátricos, con menor necesidad de técnicas de reemplazo renal (22% frente al 100%, RR 4,5, $p=0,02$, IC 95% 1,32-15,27). Se ha perdido seguimiento de 5/9 pacientes prepandemia, de los restantes el 50% presenta ERC. Todos los pacientes con debut desde 2020 han presentado recuperación completa de la función renal.

CONCLUSIONES

Observamos un llamativo pico de casos, además clínicamente más leves, coincidiendo con la pandemia. Si bien no constatamos infección activa por COVID-19, no podemos descartar infecciones oligosintomáticas no diagnosticadas; tampoco objetivamos vacunación reciente, como se ha referido en la literatura. Sería de interés analizar si tras ello se encuentran un cambio en la virulencia de estos gérmenes, como se ha constatado en el caso de otras infecciones víricas y bacterianas en pediatría tras la pandemia, o quizás de nuestro sistema inmunitario como se postula con la "hipótesis de la higiene".

SINDROME DE CHARGUE. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA EN NEONATOS, CASO CLINICO

Enfermería Rocío López Legaza; Marta Piedra Fernandez; Marisol Linares Moreno; María Rodríguez Acuyo; David Megias Plata

Hospital Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

El síndrome (S.D) de CHARGE se caracteriza por un conjunto de anomalías congénitas, las más características son: coloboma, alteraciones cardíacas, atresia de coanas, retraso psicomotor, alteraciones genitales y de las orejas, así como labio leporino y fisura palatina en menos incidencia¹. Los neonatos con este síndrome presentan facies planas, nariz aplanada, oído en forma de copa con lóbulo hipoplásico, falta de inervación del nervio facial y pérdida de audición. Así como anomalías a los pares craneales IX, X y XI que dan lugar a dificultades para deglutir y reflujo esofágico¹.

El principal objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico en el que será protagonista un neonato con dicho síndrome cuyas afectaciones más características respecto a las funciones de enfermería son: labio leporino-fisura palatina, problemas en la deglución- reflujo esofágico, y dificultad respiratoria relacionado con el manejo de las secreciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 38+6 SG que ingresa en UCIN por sospecha de atresia esofágica tras intentar colocar SNG en paritorio y no progresar. Fisura palatina bilateral. Apgar 8/9. Peso: 2500 gr. Diagnóstico en UCIN de SD. CHARGE.

Patología gestacional: gestación de captación tardía, con paladar hendido bilateral, polihidramnios grave precisando amniodrenaje, testes no descendidos, sospecha de atresia esofágica tipo III. Amniocentesis con CGH array Normal SGB negativo.

Actualmente tiene 5 meses de edad. Peso: 6255 gr. Talla: 62 cm. PC: 40.5 cm.

Cuidados habituales de férula palatina. Lista de espera próxima para intervención.

Intervenido de atresia esofágica tipo III + ligadura de fístula traqueoesofágica día siguiente de nacimiento. Gastrostomía realizada en el mismo acto quirúrgico. Recambio de botón gástrico 08/01 (14F/1.2cm).

DISCUSIÓN

Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental en la implantación de los cuidados y adquisición de habilidades por parte de los padres o cuidadores en este tipo de neonatos. Así como, proporcionan el apoyo emocional tan necesario en los primeros meses de vida.

Cabe destacar el abordaje multidisciplinar que se les proporciona desde el nacimiento.

Es llamativo que existan pocos artículos centrados exclusivamente en el papel de la enfermería en estos casos. En un futuro sería importante promover mayor investigación en dicho tema.

BENEFICIOS DEL USO TEMPRANO DE LA TERAPIA CON CALOSTRO HUMANO EN PREMATUROS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alba Lara Gil; María Dolores Navarrete Ruiz; Eva María Romero Camero; Ana Rosa García Martínez; Carmen Cruz Lendinez

Hospital Universitario de Jaén

INTRODUCCIÓN

El calostro, primera leche materna producida por las madres después del parto, muy rica en nutrientes y anticuerpos, ha demostrado en numerosas ocasiones que proporciona protección y fortalece el sistema inmunológico del recién nacido. En los últimos años, la terapia con calostro

humano dirigida a prematuros ha sido objeto de numerosos estudios. Por consiguiente, en esta revisión bibliográfica se pretende descubrir los posibles beneficios descritos así como su seguridad y eficacia en comparación con otras técnicas y terapias.

OBJETIVO

Analizar los efectos positivos y negativos de la terapia con calostro humano en bebés prematuros y/o de bajo peso al nacer.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica usando las bases de datos de Pubmed y Cochrane, estableciendo unos criterios de inclusión: artículos publicados en español e inglés, a texto completo, publicados en los últimos 10 años y que incluyese calostro humano y prematuros. De los 28 artículos encontrados, se descartaron 19 artículos por no cumplir los criterios de inclusión y/o estar repetidos, quedando seleccionados 9 de ellos.

RESULTADOS

Entre toda la revisión bibliográfica obtenida en este estudio se ha podido comprobar que en ningún estudio hubo efectos negativos en su uso. Además, se comprobó que la terapia con calostro humano en prematuros ofrece unos beneficios, entre los que se encuentran: una mejor protección contra infecciones, una reducción en el riesgo de enterocolitis necrotizante, una mejora en la maduración del sistema gastrointestinal y una promoción adecuada del crecimiento y desarrollo.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta revisión, demuestran la importancia de usar el calostro humano como una terapia más en el tratamiento y cuidado de bebés prematuros. Por tanto, es fundamental promover y fomentar el uso de esta terapia como parte de su cuidado y tratamiento médico. Sin embargo, habría que seguir investigando sobre

este tema ya que es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar dependiendo de la calidad y la cantidad de calostro administrado, así como la condición médica y la edad gestacional del prematuro.

ACOMPañAMIENTO PARENTAL AL PACIENTE PEDIáTRICO EN TÉCNICAS INVASIVAS. ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Maria Dolores Navarrete Ruiz; Alba Lara Gil; Ana Maria Liceran Peralbo; Juan Carlos Muñoz Cruz; Eva Maria Romero Camero; Ana Rosa García Martínez

Hospital Universitario de Jaén

INTRODUCCIÓN

Actualmente son muchas las técnicas invasivas realizadas al paciente pediátrico que se llevan a cabo de manera ambulatoria o mediante ingreso hospitalario. La evidencia científica refleja que la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos disminuye en gran medida los niveles de ansiedad y el dolor en el niño, así como mejorar su recuperación. Sin embargo, la opinión de los profesionales al respecto, crea cierta controversia por diferentes motivos

OBJETIVO

Analizar las actitudes y percepciones de los profesionales que trabajan con pacientes pediátricos frente a la presencia de los padres durante procedimientos invasivos. Conocer las barreras percibidas por los profesionales ante la presencia de los padres durante la realización de técnicas invasivas.

POBLACIÓN-MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional entre los profesionales de diferentes uni-

dades pediátricas de un hospital de tercer nivel. Los profesionales (enfermeras, TCAE y pediatras) que formaron parte del estudio recibieron una encuesta con preguntas de respuesta múltiple entre los meses de diciembre de 2023 y febrero de 2024.

RESULTADO

La mayor parte de las encuestadas fueron mujeres (91,7%) que llevaban entre 20-30 años (28,3%) dedicándose al cuidado de paciente pediátrico. Los resultados obtenidos dieron opiniones diversas sobre el acompañamiento parental en las técnicas invasivas. Se recogieron y analizaron un total de 60 encuestas anónimas. Ante la pregunta de si la presencia de los padres es beneficiosa para los menores, un 60% afirmaron que sí, mientras que el 30% manifiestan que depende de la edad del niño. En cuanto a los problemas que han podido tener los profesionales con respecto a la presencia de los padres durante las técnicas, un 76,7% de ellos han afirmado que ocasionalmente los han tenido. El 61,4% de los encuestados manifiestan que en su unidad de trabajo no existe un protocolo sobre la presencia de los padres y el 91,7% cree que es necesaria una formación para abordar las situaciones conflictivas que puedan aparecer con los padres durante la realización de la técnica invasiva.

CONCLUSIONES

Si bien se ha demostrado que la presencia de los padres durante las técnicas invasivas es beneficiosa para el paciente pediátrico, entre los profesionales sigue habiendo diferencias a la hora de llevar a cabo un procedimiento común. El estudio aporta luz sobre el acompañamiento parental y la opinión de los profesionales, dejando ver que la mayoría de ellos se sentirían más cómodos si hubiera un protocolo de actuación en sus unidades y una formación para abordar las situaciones conflictivas que puedan aparecer durante la realización de la técnica invasiva.

CUIDADOS PROLONGADOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA: CASO CLÍNICO

Ana Rivera Rivera; Laura Martínez Lopez; Eva Milagros Norte Muñoz

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves

INTRODUCCIÓN

Son muchos los recién nacidos que necesitan de asistencia en UCIN tras su nacimiento por diferentes motivos como la prematuridad y los problemas respiratorios, entre otros. En este caso clínico se diagnosticaron las siguientes patologías: En primer lugar, la atresia esofágica, una anomalía congénita en la que una porción del esófago termina en un fondo de saco ciego. Comúnmente se presenta junto a fistula traqueoesofágica (comunicación anómala entre la tráquea y el esófago). Cursa con salivación excesiva con crisis de tos y dificultad respiratoria que se alivian con la aspiración, intolerancia a la alimentación, imposibilidad para deglutir e incapacidad de introducir una sonda nasogástrica a través del tracto esofágico hasta el estómago. También se acompañaba de otra patología como es el labio leporino y la hendidura palatina (uno de los defectos congénitos más frecuentes), dificultad en la deglución y alimentación entre otras complicaciones que también incluyen la esfera social. Además, tras su evolución se sospecha de Síndrome de Charge, el cual es un síndrome polimalformativo congénito que se caracteriza por un conjunto de anomalías que incluye coloboma, malformaciones cardíacas, atresia de coanas, retraso psicomotor y/o crecimiento, hipoplasia genitales y malformaciones auriculares y/o sordera.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 5 meses ingresado en la unidad neonatal con diagnóstico al nacimiento de atresia esofágica con fistula y fisura labiopalatina bilateral. Posteriormente se sospechó que podría sufrir síndrome de Charge ya que muestra indicios de retraso madurativo, hipoacusia y déficit visual. A los 2 días de vida, se intervino para cierre de fistula y anastomosis esofágica junto con gastrostomía debido a una fis-

tula distal. En seguimiento por diferentes disciplinas como cirugía pediátrica, maxilofacial infantil y odontología pediátrica. Actualmente, la tutela del niño está a cargo de instituciones públicas por incapacidad familiar tras valoración de servicios sociales.

DISCUSIÓN

Se realiza un plan de cuidados individualizado acorde a la edad actual del niño siguiendo las 14 necesidades básicas neonatales de Virginia Henderson. Siendo cinco de estas necesidades no valorables debido a la edad del lactante. Las necesidades alteradas fueron: respirar normalmente, comer y beber, reposo/sueño, higiene/piel y evitar peligros/seguridad. Los diagnósticos NANDA propuestos fueron:

[00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas

[00039] Riesgo de aspiración

[00045] Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral

[00046] Deterioro de la integridad cutánea

[00057] Riesgo de deterioro parental

Para los que se han desarrollado los correspondientes NOC, NIC y actividades, expuestos en el siguiente borrador.

CUANDO EL SANGRADO POSTCOLOCACIÓN DE UN CATÉTER TUNELIZADO DEJA DE SER NORMAL. ROTURA DEL CATÉTER DE HEMODIÁLISIS EN UN LACTANTE

Alicia Pino García; Antonio David Caparrós Florido; Inmaculada Moreno Gonzalez; Carmen Nuria Navas Ruiz; Ruth María Gonzalez Ponce; María Dolores Rico de Torres
Hospital Materno Infantil de Málaga

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un lactante de 3 meses fue ingresado en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos por daño renal agudo. Mostraba una marcada desnutrición, nefrocalcinosis y atrofia renal bilateral. El estudio

XLVIII Reunión científica de la SPAO

genético confirmó el diagnóstico de hiperoxaluria primaria tipo 1.

Dado el diagnóstico, se desestimó la diálisis peritoneal. Desde el inicio presentó una diuresis insuficiente, requiriendo hemodiafiltración venovenosa continua a través de catéter femoral de poliuretano. Una vez estable, se cambió a hemodiálisis intermitente diaria. Tras varias semanas se canalizó catéter Hickman de silicona tunelizado yugular derecho. Debido al pequeño tamaño del paciente, el catéter precisó modificaciones. Se comprobó permeabilidad y ubicación de la punta del catéter.

Al día siguiente se realizó la primera sesión de hemodiálisis a través del nuevo catéter. Al inicio de la sesión presentó sangrado a través del punto de inserción del catéter y problemas de flujo sanguíneo. Se realizó compresión local y cambios posturales, sin mejoría, por lo que se decide finalizar hemodiálisis. No se observaron signos externos de daño en el catéter ni en el orificio de salida. Se realizó radiografía simple que comprobó la correcta colocación del catéter y ausencia de acodaduras. No volvió a sangrar tras la desconexión. En la segunda sesión volvió a presentar sangrado y disfunción mecánica.

En la tercera sesión sufre de forma brusca parada cardiorrespiratoria con recuperación de ritmo sinusal. A la exploración se aprecia gran tumoración en el túnel subcutáneo, con sospecha de shock hipovolémico secundario a sangrado local. Tras estabilización del paciente, se realiza radiografía simple con introducción de contraste por el catéter, en la que se aprecia extravasación a nivel de la curvatura cervical. Se retira el catéter y se evacúa el hematoma, apreciándose una rotura de la rama proximal.

A pesar de la estabilidad clínica inicial, tras 48 horas presenta deterioro hemodinámico brusco, coagulopatía y fallo hepático.

Evoluciona a situación de fracaso multiorgánico establecida, falleciendo a las 72 horas.

En conclusión, la rotura del catéter es un problema raro, posiblemente infranotificado en la literatura, potencialmente letal, en el que la sospecha clínica es crucial para el diagnóstico y actuación inmediata. Debe ser tenido en cuenta ante un sangrado

persistente intradiálisis y/o disfunción mecánica del catéter, y debe ser confirmado mediante radiografía con contraste.

¿QUÉ LLEVO EN LA MOCHILA POR SI TENGO UNA HIPOGLUCEMIA?

María García Carrillo; M Pilar Real de la Cruz

Hospital Materno infantil Infanta Leonor

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM) es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría y reviste importancia sociosanitaria. La incidencia en España: 17,69 casos/100.000 habitantes/año en menores de 15 años. Requiere atención interdisciplinaria continuada y soporte educativo para que el paciente pueda autogestionar el control de su enfermedad, prevenir descompensaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones crónicas. El objetivo del tratamiento es obtener cifras de glucemia próximas a los rangos de normalidad. La hipoglucemia es la complicación más frecuente de la DM en niños. La monitorización continua (MCG) resulta de gran utilidad, sobre todo en pacientes con hipoglucemias frecuentes o inadvertidas. Los programas de educación terapéutica en diabetes al debut incluyen la capacitación de los niños y niñas y de sus familias en el manejo de las complicaciones agudas (hipoglucemias e hiperglucemias)

OBJETIVO

Conocer cómo actúan los niños y niñas con diabetes de la consulta ante una hipoglucemia.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo transversal realizado a 40 pacientes con DM y MCG que acudieron a consulta para revisión (diciembre y enero). Variables: tiempo en rango objetivo, tiempo en hipoglucemia, antigüedad de DM, traen kit de hipo, como remontan hipoglucemia, tienen rebotes posthipoglucemia. Datos recogidos de plataforma libreview profesional y cuestionario de preguntas abiertas.

RESULTADOS

De los 40 pacientes el 53% > 11 años, 44% entre 5 y 10. De ellos el 51,2% tiene entre 2 y 5 años de diabetes, 36,6% > 6 años y cerca del 10% son de debut reciente. En términos glucométricos solo el 34% alcanza un control óptimo y 36,5% muy mal control – El % en hipoglucemia es realmente bajo y se corresponde con mayor tiempo en hiperglucemia a causa de rebotes (53,6%) por sobre corregir. Solo el 43,9% de pacientes trae a consulta suplementos correctos para hipoglucemia, incluso 14% no trae nada. No se establece relación estadísticamente significativa al comparar control glucémico con antigüedad de diabetes ni edad. Si hay relación entre mal control y presentar rebotes tras hipoglucemia por no remontarla correctamente.

CONCLUSION

Es necesario hacer refuerzo de educación diabetológica en prevención y actuación ante hipoglucemia, tanto individualmente como en sesiones grupales de iguales con talleres de cómo actuar ante hipo. La hipoglucemia es preocupante en niños, puede afectar al desarrollo cognitivo y convertirse en una experiencia angustiosa tanto para los niños como para sus familias. Prevención y tratamiento de hipoglucemia son las piedras angulares del control de la diabetes en niños.

VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO QUIRÚRGICO EN PEDIATRÍA

Dolores Rodríguez Úbeda
HVN Granada

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo se ha producido una infravaloración del dolor infantil, debido a la existencia de falsas creencias, como que los niños no

sienten o no recuerdan el dolor. En la actualidad estas creencias están desechadas, pero existe una barrera que impide el manejo adecuado del dolor en pediatría, su gran dificultad de evaluación.

OBJETIVO

- Realización de una valoración integral del dolor infantil mediante el uso de herramientas validadas apropiadas.
- Recoger y recopilar datos que permitan planificar las intervenciones a seguir.
- Permitir establecer la analgesia adecuada y la valoración de su eficacia.

POBLACIÓN

Dirigido a pacientes pediátricos sometidos a intervención quirúrgica, susceptibles de presentar dolor.

MÉTODO

Revisión bibliográfica (métodos de valoración del dolor en pediatría, escalas según la edad y nivel cognitivo).

RESULTADOS

Al introducir la valoración del dolor como parte de la valoración inicial del paciente, se ha conseguido detectar la presencia del dolor prácticamente en el 100% de los afectados, lo cual permite instaurar el tratamiento adecuado de forma más eficaz.

CONCLUSIÓN

La prevención y un buen manejo del dolor son prioridades en pediatría, para lo cual es necesario incorporar y considerar la valoración del dolor como 5º signo vital.

**XLVIII REUNIÓN
SOCIEDAD PEDIATRÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL**

Almeria 13.15 marzo 2024



<https://www.spao.es/publicaciones/boletin-spao>