



# El Rincón del Residente

**Coordinadores:** E. Pérez Costa\*,  
D. Rodríguez Álvarez\*, M. García  
Boyano\*, I. Noriega Echevarría\*\*

\**Residentes de Pediatría del Hospital  
Universitario Infantil La Paz. Madrid.*

\*\**Residente de Pediatría del Hospital  
Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid*



*El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)*

## Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva  
[www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es)

### Lesiones ampollosas tras excursión al campo

M. Sánchez Holgado\*, M.A. Molina Gutiérrez\*\*

\*Residente de Pediatría del Hospital Universitario La Paz.

\*\*Médico Adjunto del Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario La Paz

*Pediatr Integral 2018; XXII (6): 295.e1–295.e9*

#### Historia clínica

Niño de 7 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por la aparición de lesiones ampollosas y vesiculosas en hemicara derecha, indoloras y no pruriginosas de 10 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Refiere haber pasado el día en el campo, jugando con plantas y bañándose en un lago. No lesiones similares en familiares.

En la exploración física, se objetivan tres lesiones ampollosas en cuero cabelludo de contenido claro, sin halo eritematoso, dos de ellas lineales. Se acompañan de una vesícula de idénticas características en canto interno y párpado superior del ojo derecho y de una lesión eritematosa en frente con vesiculación incipiente (Figs. 1-3). No lesiones a otros niveles. Resto de exploración física por aparatos, normal.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Impétigo ampolloso.
- b. Culicosis bullosa.
- c. Fitofotodermatitis.
- d. Enfermedad ampollosa autoinmune.
- e. Quemadura de segundo grado por salpicadura.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Respuesta correcta

- Impétigo ampolloso. Caracterizado por la aparición de ampollas flácidas de contenido translúcido que se enturban y rompen en 2-3 días, dejando costras parduzco-amarillentas; generalmente en el momento de la consulta, coexisten lesiones costrosas y remanentes de ampollas y, fundamentalmente, se encuentran en áreas periorificiales e intertriginosas, como el área del pañal o pliegues. La aparición aguda, su carácter monomorfo y la distribución lo excluyen.
- Culicosis bullosa. Presenta ampollas subepidérmicas tensas localizadas más frecuentemente en región distal de miembros inferiores, que coexisten con lesiones de picaduras típicas. Ni la distribución de las lesiones ni sus características son propias de culicosis.
- Correcta.** Fitofotodermatitis.
- Enfermedad ampollosa autoinmune. Las enfermedades ampollosas autoinmunes más frecuentes en la infancia son la dermatitis herpetiforme y la enfermedad ampollosa IgA lineal. La clínica de nuestro paciente no es propia de estas entidades. La dermatitis herpetiforme se caracteriza por lesiones papulosas y vesiculosas, muy pruriginosas, localizadas en áreas de extensión en pacientes con enteropatía sensible al gluten. La enfermedad ampollosa IgA lineal, por lesiones vesiculosas y ampollas de aparición aguda, pruriginosas, de distribución policíclica o anular, generalmente en región perioral, perineal y extremidades, con frecuente afectación mucosa y que puede acompañarse de fiebre o malestar general.
- Quemaduras de segundo grado. Son un accidente frecuente en edad pediátrica, aunque también pueden ser secundarias a una situación de maltrato. Se caracterizan por eritema, formación de ampollas y aspecto exudativo. Aunque pueden tener aspecto lineal como las de nuestro paciente, no se refería contacto con líquidos u otros agentes calientes, ni presentaba lesiones a otros niveles que pudieran sugerir un problema de maltrato.

## Discusión

La fitofotodermatitis es una reacción cutánea inflamatoria, no inmunológica, producida por el contacto con plantas que contienen sustancias fototóxicas (furocumarinas) con exposición posterior a la luz solar.

Las furocumarinas son sustancias fotosensibilizantes presentes en determinadas plantas de la familia de las morá-

ceas (higuera), rutáceas (bergamota, lima, naranjo, limonero), umbelíferas (eneldo, hinojo, chirivía) o rosáceas, entre otras<sup>(1)</sup>. Estas sustancias, en contacto con la luz ultravioleta, dan lugar a una reacción cutánea aguda cuyo espectro clínico comprende: eritema, edema, vesículas y/o ampollas. La reacción está favorecida por la humedad de la piel (sudor o baño), que permite la penetración de la sustancia.

Las lesiones, en ocasiones, asocian dolor y quemazón, pero generalmente no son pruriginosas. Se localizan exclusivamente en zonas fotoexpuestas y su distribución es característicamente lineal o con configuraciones bizarras, reflejando la forma en la que se ha producido el contacto con la planta<sup>(2)</sup>.

La evolución natural es hacia la desecación de las ampollas, dejando una hiperpigmentación residual que puede persistir durante semanas o meses.

El diagnóstico es clínico, basándose en las características de las lesiones y el antecedente de contacto con plantas obtenido mediante anamnesis dirigida.

El tratamiento consiste en la aplicación de corticoides tópicos y/o antimicrobianos tópicos hasta la resolución de las lesiones. Pueden emplearse fomentos fríos con sustancias astringentes, como sulfato de zinc si las lesiones son muy exudativas. Debido a la hiperpigmentación prolongada es importante una fotoprotección rigurosa.

Las claves para el diagnóstico fueron la ausencia de factor externo condicionante evidente, su carácter lineal artefacto y la exposición a plantas y sol<sup>(3)</sup>. Se inició tratamiento tópico con un combinado de corticoide y antibiótico, con una evolución favorable en 10 días, permaneciendo pequeñas áreas hiperpigmentadas.

## Palabras clave

Dermatitis fototóxica; Furocumarinas; Ficusina; Phototoxic dermatitis; Furocoumarins; Ficusin.

## Bibliografía

- Fernández Mateos M, García Canals A, Llussà Arboix M. Fitofotodermatitis. *An Pediatr.* 2000; 52: 72-3.
- Blanco Sío S, Barcala del Caño F, Lorenzo Gómez T. Fitofotodermatitis. A propósito de un caso. *Piel.* 2014; 29: 56-7.
- Fernández-García M, Moreno Onorato C, Hitos Urbano J, Harris M. Lesiones ampollas tras contacto con plantas. *An Pediatr.* 2016; 84: 179-80.
- Jordá Cuevas E, Martín Hernández J, editores. *Dermatología para Pediatras.* 1ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2012.

# Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva  
www.pediatriaintegral.es

## Erupción cutánea tras ingesta de papilla de frutas

I. Baquedano Lobera\*, I. Félez Moliner\*, T. Cenarro Guerrero\*\*

\*MIR Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Miguel Servet.

\*\*Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández

### Historia clínica

Presentamos el caso de un lactante de 5 meses y medio, sin antecedentes de interés. Nacido mediante parto eutócico y alimentado con lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses. Al introducir la alimentación complementaria, consulta por aparición recurrente de erupción cutánea coincidiendo con la administración de papilla de frutas. Consiste en eritema y calor en hemicara izquierda, con afectación del área que se puede ver en la figura 1. No asocia otra clínica y desaparece espontáneamente en escasos minutos.

### ¿Cuál es el diagnóstico?

- Urticaria.
- Intolerancia alimentaria.
- Alergia alimentaria.
- Síndrome de Frey.
- Flushing* cutáneo benigno.



Figura 1.

## Respuesta correcta

- Son lesiones eritematosas, pero no habonosas como las urticariformes, no pruriginosas, y que no asocia ninguna otra clínica alérgica (dificultad respiratoria, clínica gastrointestinal, angioedema, etc.).
- La clínica se limita a la aparición del eritema delimitado, sin vómitos ni cambios deposicionales, ni ningún otro dato de intolerancia alimentaria.
- No aparece ningún signo de mala tolerancia al alimento o clínica sistémica de alergia. El cuadro es autorresolutivo y de buena evolución.
- Correcta.** Se trata de un cuadro benigno y autolimitado, consistente en la aparición de eritema con o sin hiperhidratación asociada limitada al área inervada por el nervio auriculotemporal. No hay otra clínica asociada.
- El flushing cutáneo benigno únicamente consiste en una vasodilatación cutánea con eritema subyacente por desencadenantes principalmente emocionales.

## Comentario

La figura 1 muestra un eritema cutáneo en el área del nervio auriculotemporal (NAT) izquierdo que aparece tras ingesta de papilla de frutas. Esto debe hacernos pensar en el síndrome de Frey (SF)<sup>(1)</sup>.

El SF fue descrito en 1757 por Duphenix, y en 1923 la neuróloga Lucja Frey sugirió por vez primera la alteración del NAT como posible etiología. El SF, infrecuente en Pediatría, consiste en episodios recurrentes, autolimitados y generalmente unilaterales, de eritema en el área del NAT tras estímulos gustativos<sup>(2)</sup>. Suele manifestarse clínicamente coincidiendo con la introducción de alimentación complementaria (5 meses).

El NAT es una rama cutánea del nervio mandibular, con funciones sensitivas cutáneas e intracraneales en el área temporomandibular, y funciones autonómicas, comprendiendo la inervación simpática y parasimpática del área temporomandibular y la glándula parótida<sup>(3)</sup>.

La etiopatogenia se debe a una regeneración aberrante de las fibras parasimpáticas del NAT que inervan la glándula parótida, desencadenando la clínica descrita. En la figura 2, se representa el territorio inervado por el NAT, coincidente con el área de aparición del eritema en el SF.

En adultos puede ser de origen: traumático, infeccioso, tumoral o quirúrgico. En Pediatría, el uso del fórceps es responsable de la mitad de casos de SF de etiología conocida<sup>(4)</sup>. En los casos sin antecedente de trauma obstétrico, la etiología es mayoritariamente idiopática, atribuyéndose, en ocasiones, a lesiones congénitas del nervio<sup>(5)</sup>, aunque también puede haber causas excepcionales, como los neurofibromas plexiformes<sup>(6)</sup> o el hemangiopericitoma congénito<sup>(7)</sup>.

El diagnóstico es clínico, debiendo descartarse alergias alimentarias<sup>(8)</sup>, la urticaria y los cuadros de intolerancia. La ausencia de otros síntomas sugestivos de patología inmu-

noalérgica (prurito, clínica respiratoria o gastrointestinal, rechazo alimentario), la localización del eritema y su aparición con más de un alimento, nos ayudará a descartarla<sup>(9)</sup>. Un correcto diagnóstico es importante, pues su diagnóstico errático conlleva implicaciones terapéuticas y preventivas relevantes<sup>(10)</sup>.

En el SF, no son necesarias pruebas complementarias, estudios de alergia, ni exclusión alimentaria o derivación a otros especialistas. Es imprescindible una buena anamnesis y descartar afectación a otros niveles, ya que el SF no asocia clínica gastrointestinal, como las alergias o intolerancias alimentarias.

En cuanto a nuestro caso, no se realizaron pruebas complementarias, se explicó a la familia la benignidad del cuadro, por lo que el paciente continuó su alimentación habitual, manteniendo episodios similares durante dos meses, progresivamente más espaciados en el tiempo, hasta su desaparición. Actualmente, lleva una dieta sin restricciones y se encuentra asintomático.

## Palabras clave

Síndrome de Frey; Erupción facial; Papilla de frutas; Nervio auriculotemporal; Frey syndrome; Facial rash; Fruit porridge; Auriculotemporal nerve.

## Bibliografía

- Martínez Blanco J. Síndrome de Frey o auriculotemporal en Pediatría: importancia de su conocimiento. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012; 5: 27-9.
- Peinado Adiego C, Olloqui Escalona A, Arcauz Eguren MP. Síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016; 18: e93-e96.

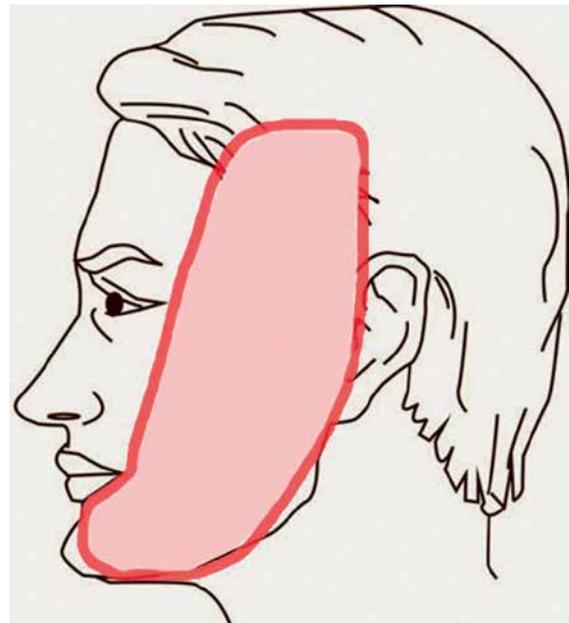


Figura 2. Territorio inervado por el nervio auriculotemporal, coincidente con el área de aparición del eritema en el SF.

3. Labarta N, Olaguibel JM, Gómez B, Lizaso MT, García BE, Echechipía S, et al. Síndrome del nervio auriculotemporal. Diagnóstico diferencial con alergia alimentaria. *Alergol Inmunomol Clín.* 2002; 17: 223-6.
4. Listernick R, Legius E, Charrow J. Gustatory flushing (auriculotemporal nerve syndrome) in children with neurofibromatosis type 1 and facial plexiform neurofibromas. *J Pediatr.* 2011; 158: 1034-34.
5. Sethuraman G, Mancini AJ. Familial auriculotemporal nerve (Frey) syndrome. *Pediatr Dermatol.* 2009; 26: 302-5.
6. Farman M, Zaitoun H. Auriculotemporal nerve syndrome in association with congenital haemangiopericytoma: a case report. *Eur J Paediatr Dent.* 2010; 11: 213-5.
7. Suárez Castañón C, Mellado Peña MJ, Joaquín López N, Villota Arrieta J, García López-Hortelano M. Síndrome de Frey: una entidad a diferenciar de la alergia alimentaria. *Rev Esp Ped.* 2011; 67: 270-1.
8. Decuadro-Sáenz G, Castro G, Sorrenti N, Doassans I, Deleon S, Salle F, et al. El nervio auriculotemporal: Bases neuroanatómicas del Síndrome de Frey. *Neurocirugía.* 2008; 19: 218-32.
9. Ortega Casanueva C, Sánchez-García S, Rodríguez del Río P, Escudero C, Andregnette V, Ibáñez MD. Frey Syndrome in Children: A Nonallergic Cause of Facial Erythema Triggered By Food. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2012; 22: 286-312.
10. Rodríguez del Río P, Ibáñez Sandín MD. Urticaria y angioedema. *Pediatr Integral.* 2013; 17: 616-27.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

## 10 Cosas que deberías saber sobre... ...las vacunas



M. García Boyano, I. Noriega Echevarría,  
E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez

El objetivo de la Asociación Española de Pediatría es lograr un calendario común de vacunación para todo el país. Aunque todavía hay pequeñas diferencias entre las CC.AA.; en los últimos 2 años, el calendario oficial (basado en el Consejo Interterritorial del SNS) es más completo

Las vacunas no financiadas deben ser prescritas en función de su eficacia y seguridad

Debe resaltarse la importancia de la vacunación frente al meningococo B en niños y adolescentes, así como frente al virus del papiloma humano en los varones

Se debe aceptar la negativa de unos padres a la vacunación de su hijo, salvo en el caso de que la vida de este se ponga en peligro, o haya riesgo de salud pública, en cuyo caso será preciso la actuación de un juez. Aunque los padres rechacen la vacunación, el profesional siempre debe perseverar

El menor empleo de recursos sanitarios por los adolescentes dificulta su cobertura vacunal, por lo que cada una de sus visitas (tanto en controles periódicos de salud como de forma oportunista) debe entenderse como una oportunidad para la vacunación

El pediatra debe ceñirse a las contraindicaciones reales de la vacunación, ya que demorar la misma puede terminar suponiendo una oportunidad perdida

El tratamiento antibiótico -salvo para la antitifoidea oral-, la alergia al huevo o las infecciones leves no suponen contraindicaciones para la vacunación

Tras la vacunación, es recomendable la permanencia durante 30 minutos en la sala de espera para la vigilancia de posibles reacciones adversas inmediatas

El empleo de antitérmicos ha demostrado una disminución en la respuesta inmunitaria de las vacunas -salvo en la del meningococo B-, por lo que no deben emplearse de forma sistemática tras la vacunación para la prevención de posibles efectos adversos

La baja tasa de vacunación antigripal anual entre el personal sanitario de nuestro país constituye un urgente punto de mejora

### Para saber aún más...

- Hidalgo MI, Montón JL. Vacunas, algo más que el calendario vacunal. 3a ed. España: Undergraf; 2017.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Manual de vacunas en línea de la AEP (Internet). Madrid: AEP; 2018. [consultado el 06/05/2018]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>.
- García-Boyano M, Noriega I, Pérez E, Rodríguez D. 10 cosas que deberías saber sobre... la vacuna del virus del papiloma humano. *Pediatría Integral*. 2017; XXI(6): 433.
- Pérez E, Rodríguez D, García-Boyano M, Noriega I. 10 cosas que deberías saber sobre... la vacuna del meningococo B. *Pediatría Integral*. 2017; XXI(2): 127.



# Con el fonendo en la mochila

*En la era de la globalización, con la facilidad para viajar a otros países, conocer nuevas culturas y distintas situaciones socio-sanitarias, nace esta sección con el objetivo de dar a conocer las experiencias de residentes de Pediatría, que han salido del país para ampliar sus conocimientos médicos en un contexto diferente al nuestro. Una herramienta de ayuda para todos aquellos que se planteen realizar algo similar.*



Foto del rotante con parte del equipo del centro de recepción.

## Información del rotante

- Nombre: Filippo Fiorita.
- Email: fioritafilippo@gmail.com
- Hospital de Origen: Hospital Universitario La Paz de Madrid.
- Subespecialidad pediátrica (si aplicable): Rotatorio Pediatría general.
- Año de residencia en el que se realizó la rotación externa: R4.
- Duración de la rotación externa (meses): 3.

## Cuestionario

1. **¿Dónde has realizado tu rotación? ¿Por qué elegiste ese hospital?**

Roté en el Hospital Pediátrico Pablo Horstmann de Lamu, en Kenya, durante tres meses.

En mi cuarto año de pediatría, elegí realizar un rotatorio de Pediatría general y Atención Primaria. Dentro de mi rotatorio, elegí esta rotación porque me parecía una experiencia muy interesante y enriquecedora para un pediatra general, dadas las características de ese hospital y de esa zona del mundo.

Es un hospital de una fundación española que cuenta con: un servicio de consulta de Atención Primaria/Úrgencias, una planta de hospitalización con 10 camas/cunas, unas consultas semanales especializadas en VIH y malnutrición, una sala de curas, un laboratorio y una farmacia. El hospital ofrece cobertura sanitaria gratuita a aproximadamente 55.000 niños y adolescentes de la región costera keniana de Lamu, formada por un archipiélago y una zona continental fronteriza

con Somalia. El nivel socio-económico de la población varía mucho entre la zona más “urbana” del pueblo de Lamu y la zona más rural de pueblos más pequeños y poblados nómadas; esta variedad se ve reflejada en el tipo y la gravedad de las enfermedades que llegan al hospital.

Las más frecuentes son las típicas enfermedades pediátricas que vemos también en nuestro medio, desde las más “banales” (infecciones respiratorias, gastroenteritis, asma, infecciones de orina, dermatitis atópica, ictericia neonatal, traumatismos), hasta las más graves (estatus epilépticos –frecuentes–, quemaduras –muy frecuentes–, debut diabéticos, deshidratación grave). Todas estas patologías se presentan a menudo en sus formas más graves y avanzadas, bien por lo tarde que los pacientes acuden al hospital, bien por las frecuentes comorbilidades, siendo la más habitual la malnutrición. Por supuesto, hay también mucha prevalencia de enfermedades infecciosas tropicales (dengue, malaria, larva migrans, tunguiasis, filariasis, parásitos intestinales...) o típicas de un país de bajo nivel socio-económico (tuberculosis, malnutrición, anemia ferropénica, sarna, tiña...). Además, el hospital lleva un número importante de pacientes crónicos: sobre todo, encefalopatías (destacando la parálisis cerebral infantil y las encefalopatías epilépticas), cardiopatías y diabetes tipo 1.

## 2. ¿Cómo conseguiste la rotación? ¿Qué documentos o trámites tuviste que realizar?

Conocí la fundación Pablo Horstmann a través de una residente mayor y una amiga que ya habían rotado en ese hospital. Además encontré más información en las páginas web de la SEIP y de la fundación. Escribí al correo electrónico que encontré en Internet y me reuní para una entrevista con la directora de la fundación. Posteriormente, tuve que entregar copias de mi título y de mi pasaporte y tuve que rellenar unos formularios para obtener la licencia médica para trabajar en Kenya y el *special pass* para el visado, todo con la ayuda de la fundación. Además firmé un compromiso de colaboración con la fundación en el que se detallaban mis obligaciones como voluntario.

## 3. Una vez iniciada la actividad asistencial, ¿cuál fue tu grado de participación?

Yo participaba en casi la totalidad de las actividades asistenciales, junto con las dos pediatras adjuntas españolas y los otros dos *medical officers* keniatas. Pasaba la planta de hospitalización y la consulta de los “*outpatients*” y hacía guardias localizadas. Durante la noche, como dormía en el mismo edificio del hospital, estaba de primera llamada para las urgencias, hasta que llegara el médico que estuviera de guardia localizada ese día.

El grado de autonomía era bastante mayor respecto a mi actividad en España; aunque, en caso de necesidad, podía recurrir a la supervisión de las otras pediatras. Cuando la actividad asistencial lo permitía, podía asistir a la consulta de VIH o de malnutrición en calidad de observador.

## 4. ¿Se fijaron unos objetivos docentes prestablecidos antes de tu llegada? ¿Se realizó una evaluación de tu labor al final de la rotación?

Para obtener la rotación, presenté a la comisión de docencia de mi hospital un documento con la descripción de la rotación y los objetivos docentes. Al final de mi rotación, la pediatra coordinadora del hospital realizó una evaluación de mi rotación según el formulario establecido de mi hospital.

## 5. Resume brevemente los conocimientos/habilidades adquiridas

Aprendí a trabajar utilizando los recursos disponibles (pruebas complementarias y tratamientos) en función de la sospecha diagnóstica y de la rentabilidad de cada recurso y a manejar situaciones de emergencias con más autonomía y responsabilidad (reanimación cardiopulmonar, estatus convulsivo, deshidratación grave, sepsis...). Además, amplí mis conocimientos sobre patología específica de ese área (pautas de renutrición en pacientes con malnutrición grave; prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas tropicales...). Por último, aprendí a adaptarme a otro contexto cultural (religión, creencias y medicina tradicional, idioma, forma de trabajo) entre la tolerancia de las diferencias y el enriquecimiento recíproco.

## 6. ¿Cambiarías algo relacionado con tu rotación? En caso afirmativo, ¿qué cambiarías?

¡Me quedo con todo!

## 7. Puntúa del 1 al 10 (equivaliendo 1 a una puntuación muy mala y 10 a una puntuación muy buena):

- Enseñanza: 8.
- Supervisión: 6.
- Grado de aprendizaje: 9.
- Puntuación global: 9.

(Quiero especificar que la puntuación de la enseñanza y de la supervisión está afectada por la carga de trabajo, y no por la calidad y la motivación de las excelentes pediatras que trabajan allí).

## 8. ¿Esta rotación ha cambiado tu práctica médica? ¿Ves posible aplicar dichos conocimientos de regreso en tu hospital o en tu futura práctica profesional?

Creo que esta rotación ha cambiado mucho mi forma de ver la medicina en general, sobre todo, reforzando la importancia de la clínica (anamnesis y exploración física) en la toma de decisiones. Además, muchos conocimientos serán muy útiles si algún día trabajo en cooperación.

## 9. ¿Pudiste implicarte en alguna actividad más allá de la asistencia (docencia, sesiones clínicas, investigación...)? En caso afirmativo, ¿puedes explicarnos qué tipo de actividad?

No hubo la posibilidad de estructurar las sesiones clínicas habituales del hospital por la importante carga asistencial durante los meses de mi rotación.