



36
Congreso Nacional
SEPEAP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

ALICANTE
20-22 OCTUBRE 2022
ADDA ALICANTE

XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Junta Directiva de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Presidente: Cristóbal Coronel Rodríguez

Vicepresidente: Francisco Javier Pellegrini Belinchón

Secretaria: Belén Aguirrezabalaga González

Tesorero: Anselmo Hernández Hernández

Presidente de la Fundación Prandi: Fernando García-Sala Víguer

Presidente de Honor: José del Pozo Machuca

Vocales Nacionales: Gema García Ron, María Ángeles Learte Álvarez, Reyes Mazas Raba, Begoña Pelegrín López, María Carmen Sánchez Jiménez

Directora Revista Pediatría Integral: Inés Hidalgo Vicario

Subdirectores Pediatría Integral: Josep de la Flor i Brú, Teresa de la Calle Cabrera

Director de la página web: Javier López Ávila

Vocales regionales SEPEAP

Andalucía occidental-Extremadura: Luis Ortiz González

Andalucía oriental: Juan Manuel González Pérez

Aragón-La Rioja-Soria: Javier Sánchez Gimeno

Asturias-Cantabria-Castilla-León: Montserrat Matilla Barba

Baleares: Edelmiro Verges Aguiló

Canarias-Las Palmas: Gonzalo Cabrera Roca

Canarias-Tenerife: Gema Perera de León

Castilla-La Mancha: Juan Antonio González Mateos

Cataluña: Josep de la Flor i Brú

Galicia: Manuel Sampedro Campos

Madrid: María Villa Arranz

Murcia: María Lucía García Mancebo

Navarra: Raimon Pèlach Pániker

Comunidad Valenciana: Ramona Mínguez Verdejo

Fundación Prandi

Presidente: Fernando García-Sala Víguer

Vicepresidenta 1ª: María Ángeles Learte Álvarez

Vicepresidenta 2ª: María Prandi Chevalier

Secretaria: Ángela Casquet Barceló

Patronos: José Luis Bonal Villanova, Ángela Casquet Barceló, Cristóbal Coronel Rodríguez, Fernando García-Sala Víguer, María Ángeles Learte Álvarez, Venancio Martínez Suárez, María Prandi Chevalier

Comité Organizador y Científico

Presidenta Honorífica del Congreso: Mercedes Juste Ruiz

Comité Organizador

Presidente: Antonio Manuel Redondo Romero

Vocales: Eugenio de la Cruz Amorós, Aurora Peñalver Sarmiento, Juan Utrero Valiente

Comité Científico

Presidente: Javier González de Dios

Vocales: Jesús Garde Garde, Enrique Pastor Beviá, José Valdés Rodríguez

Comité de Honor

Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

Excma. Sra. Dña. Carolina Darias San Sebastián

Presidente de la Generalitat Valenciana:

Excmo. Sr. D. Ximo Puig i Ferrer

Presidente de la Diputación Provincial de Alicante:

Ilmo. Sr. D. Carlos Mazón Guixot

Alcalde de Alicante: Ilmo. Sr. Luis Barcala Sierra

Consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana:

Excmo. Sr. D. Miguel Mínguez Pérez

Presidente Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante:

Dr. D. Hermann Francisco Schwarz Chávarri

Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:

Dr. D. Cristóbal Coronel Rodríguez

Presidente del 36 Congreso de la SEPEAP:

Dr. D. Antonio Redondo Romero

Presidenta de honor del congreso:

Dra. Mercedes Juste Ruiz

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:

Dr. José Del Pozo Machuca

†Dr. Francisco José Prandi i Farrás

Junta Directiva Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de la provincia de Alicante

Presidenta: Aurora Peñalver Sarmiento

Secretaria: Mónica Ferrández González

Tesorero: Juan Antonio Utrero Valiente

Responsable web: Andrés Julián Licero Gualdró

Junta Directiva Sociedad Valenciana de Pediatría

Presidente: Eva Suárez Vicent

Vicepresidentes:

Patricia Company Maciá, *por Alicante*.

Luis Carlos Blesa Baviera, *por Valencia*.

Secretario: Valero Sebastián Barberán

Tesorero: Juan Carlos Juliá Benito

Vocales: Esther Serrano Poveda, *vocal de Atención Primaria*.

Maite Asensi Monzó, *vocal de formación y docencia*.

Ana Miralles Torres, *vocal de hospitales comarcales*.

Elena Montesinos Sanchís, *vocal de especialidades pediátricas*.

Mª Ángeles Calzado Agrasot, *vocal por Alicante*.

Mónica Cubo García, *vocal por Castellón*.

Eva Carvajal Roca, *vocal por Valencia*.

Mara Garcés Sánchez, *director de página web*.

Ángel Valls Arévalo, *vocal de comunicaciones*.

Guillermo Urios Pastor, *representante de residentes*.

Beatriz Pemartín Comella, *vocal de cirugía pediátrica*.

CARTA DE BIENVENIDA



Queridos compañeros y amigos:

En nombre de los Comités Organizador y Científico quiero daros la bienvenida al 36º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), **que se celebrará en Alicante del 20 al 22 de octubre de 2022.**

Cada año la SEPEAP se viste de gala a la hora de presentar su Congreso anual, desde que inició sus andaduras en 1986, teniendo a Sevilla como su primera sede. **En el año 2004 Alicante ya tuvo el enorme honor de recibir el 18º Congreso Nacional de la SEPEAP.**

En esta ocasión, Alicante acoge el 36º Congreso Nacional de la SEPEAP.

Los pediatras extrahospitalarios y de Atención Primaria mostramos cada vez más interés por actualizar nuestra formación, con el fin de brindar **la mejor atención clínica a niños, adolescentes y a sus familias.**

De ahí que el centro de nuestro congreso sea su contenido científico. Como es habitual en la SEPEAP, el programa científico es consensuado entre los integrantes de la junta directiva de la SEPEAP, los vocales regionales, los grupos de trabajo y los comités locales. Ese objetivo es posible gracias al trabajo, reflexión e ilusión de todos y cada uno de sus integrantes.

La puesta al día en tantos y tan diversos temas es muy compleja; por ello no es difícil imaginar que van a estar presentes los temas más actuales de las diferentes disciplinas que abarca la pediatría de atención primaria. También se elige el vehículo más adecuado para el desarrollo de cada tema, bien sea como Curso precongreso, Mesa Redonda, Sesión de actualización, Caso clínico, Conferencia Extraordinaria, Seminario, Taller, Encuentro con el Experto, Actualización bibliográfica, etc., y siempre contando con los mejores especialistas de cada materia.

Un aspecto imprescindible del programa es **la presentación de los trabajos científicos**, fruto de la inquietud de muchos pediatras, a los que invitamos a enviar sus trabajos bien como presentación oral y/o poster.

Alicante, capital de la Costa Blanca, es una ciudad típicamente mediterránea, que no oculta sus orígenes romano y árabe. Permite disfrutar de sol y playa en el mismo centro urbano y saborear nuestra exquisita cocina mediterránea. Se puede visitar alguno de sus emblemáticos museos, caminar por las estrechas y pintorescas calles de su casco antiguo, pasear por sus amplios parques, acudir a alguno de los eventos culturales o practicar distintas actividades deportivas (golf, tenis,...) y, por supuesto, disfrutar de sus zonas de ocio.

Aceptad nuestra invitación y venid a Alicante; no os vais a arrepentir. **Os esperamos.**

Antonio Manuel Redondo Romero

Presidente del Comité Organizador

Índice

TALLERES SIMULTÁNEOS

¿CÓMO SOSPECHAR UNA ENFERMEDAD REUMÁTICA MÁS ALLÁ DE LA AIJ?

6

Moderadora: M. Ángeles Learte Álvarez. Zaragoza
Ponente: Elena Urbaneja Rodríguez. Valladolid

TALLERES SIMULTÁNEOS

LA ENTREVISTA AL ADOLESCENTE

9

Moderadores: José Valdés Rodríguez. Alicante
Inés Hidalgo Vicario. Madrid
Ponentes: José Casas Rivero. Madrid
José Luis Iglesias Diz. A Coruña

TALLERES SIMULTÁNEOS

DERMATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES INFANTILES

10

Moderadores: Begoña Pelegrín López. Murcia
Ángela Casquet Barceló. Murcia
Ponentes: Isabel Betlloch Mas. Alicante
Laura Berbegal De Gracia. Alicante

TALLERES SIMULTÁNEOS

ESTRATEGIAS DE SEDOANALGESIA Y SU APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. GT PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR PEDIÁTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

11

Moderador: Ignacio Manrique Martínez. Valencia
Ponentes: Carlos Miguel Angelats Romero. Valencia
Juan Utrero Valiente. Alicante
Ignacio Manrique Martínez. Valencia

TALLERES SIMULTÁNEOS

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN PEDIATRÍA CON NORMAS ERC 2021

17

Moderador: Ignacio Manrique Martínez. Valencia
Ponentes: Ignacio Manrique Martínez. Valencia
Valero Sebastián Barberán. Valencia
Noelia García Aracil. Alicante
Lourdes José Alcaide. Alicante
Michel Centelles Greco. Alicante

CURSOS PRE CONGRESO

NIÑOS QUE SE CRONIFICAN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DEL SUEÑO

26

Grupo de Sueño de la SEPEAP

Moderador: Manuel Sampedro Campos. Ourense
Ponentes: Teresa de la Calle Cabrera. Salamanca
Ramona Mínguez Verdejo. Valencia
Gonzalo Pin Arboledas. Valencia

Inés Hidalgo Vicario. Madrid
Cleofé Ferrández Gomáriz. Tenerife
Amalia Lluch Rosello. Valencia
Silvia Sarabia Vicente. Valencia
Mireia Pla Rodríguez. Mallorca
Lucía Monfort Belenguer. Valencia

CURSOS PRE CONGRESO

ABORDAJE DEL ASMA EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE A LA LUZ DE LA GEMA 5.2

32

Grupo de asma y alergia de la SEPEAP

Moderador: Francisco Javier Pellegrini Belinchón. Salamanca

Ponentes: Cristina Ortega Casanueva. Madrid
Francisco Javier Pellegrini Belinchón. Salamanca
Sonia de Arriba Méndez. Salamanca

SEMINARIO

TRILOGÍAS DE PELÍCULAS QUE TODO PEDIATRA DEBIERA VER PARA MEJORAR EN CIENCIA Y CONCIENCIA

36

Moderador: Antonio Manuel Redondo Romero. Alicante
Ponente: Javier González de Dios. Alicante

SEMINARIO

PANTALLAS. DE LA CIBERADICCIÓN A LA EDUCACIÓN DIGITAL

39

Moderadora: Isabel Rubio Díaz. Alicante

La educación digital

39

Ponente: Isabel Rubio Díaz. Alicante

Entrevista a un niño con problemas con las tecnologías

41

Ponente: José José Gil. Alicante

Pantallas. De la ciberadiccción a la educación digital

42

Ponente: Marta García González. Alicante

SEMINARIO SIMULTÁNEO

LOS 10 ARTÍCULOS DE MAYOR IMPACTO EN PEDIATRÍA EN EL ÚLTIMO AÑO

43

Moderador: Francisco Javier López Ávila. Salamanca
Ponente: Carlos Ochoa Sangrador. Zamora

MESA MIR

CUIDEMOS LA COMUNICACIÓN PARA CUIDAR LA SALUD

46

Moderadora: Olga González Calderón. Salamanca
Ponente: Penélope Boñar del Pino. Las Palmas de Gran Canaria

CONFERENCIA EXTRAORDINARIA

ENTENDER Y ACOMPAÑAR EL DUELO EN LA INFANCIA

48

Moderadores: Antonio Manuel Redondo Romero. Alicante
Cristóbal Coronel Rodríguez. Sevilla
Ponente: Montserrat Esquerda Aresté. Barcelona

MESA REDONDA SIMULTÁNEA

TEA ¿UN PROBLEMA EN AUMENTO?

51

Moderadora: Gema García Ron. Madrid
Ponente: María Auxiliadora Javaloyes Sanchís. Alicante

TEA ¿un problema en aumento?

53

Ponente: Ada Palazón Azorín. Alicante

MESA REDONDA SIMULTÁNEA

NUEVOS VIRUS EMERGENTES

55

Riesgos de emergencia por arbovirus y virus no respiratorios

55

Moderador: Javier González de Dios. Alicante
Ponentes: José M^a Eiros Bouza. Valladolid
M^a Rosario Bachiller Luque. Valladolid

CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

MI HIJO NO CRECE

57

Moderador: Fernando García-Sala Viguer. Valencia
Ponente: José Juan Alcón Sáez. Valencia

CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

URGENCIAS PEDIÁTRICAS

60

Moderadora: Ramona Mínguez Verdejo. Valencia
Ponente: Javier Benito Fernández. Bilbao

CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

BIOÉTICA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

62

Moderadora: Aurora Peñalver Sarmiento. Alicante
Ponentes: Ester Barrios Miras. Madrid
María Tasso Cereceda. Alicante

MESA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

BIEN NUTRIDOS

66

Moderadora: Silvia Bernárdez Carracedo. Barcelona

La nutrición desde una matrona

66

Ponente: Noelia Rodríguez Blanco. Alicante

Nutrición desde una enfermera pediátrica

68

Ponente: Isabel Leonart Torrente. Barcelona

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

LOS EXANTEMAS EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

71

Moderadora: Gema García Ron. Madrid
Ponente: Javier Pellegrini Belinchón. Salamanca
Gema García Ron. Madrid

COMUNICACIONES ORALES

74

PÓSTER CON DEFENSA

90

PÓSTER SIN DEFENSA

130

¿Cómo sospechar una enfermedad reumática más allá de la AIJ?

Elena Urbaneja Rodríguez

Pediatra responsable de la consulta de Inmunología y Reumatología Pediátricas del Hospital Recoletas Campo Grande de Valladolid.
Pediatra de Atención Primaria en SACYL. Valladolid

La Reumatología Pediátrica es la subespecialidad pediátrica que trata los trastornos no quirúrgicos del aparato locomotor y numerosas enfermedades de origen autoinmune/autoinflamatorio. Aunque la patología músculo-esquelética es un motivo de consulta bastante frecuente en Atención Primaria, la mayoría de pediatras reciben una escasa formación en este campo de la Pediatría, de ahí la importancia de profundizar en el conocimiento de todas estas enfermedades.

Dentro de todas las patologías que engloba, la artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente y, por ello, es fundamental que el pediatra sepa bien sus principales características para poder identificarla, pero sin olvidar que existen otras muchas causas de artritis en la infancia (infecciosas, tumorales, traumáticas, etc.), además de otras patologías reumáticas complejas y menos frecuentes en niños que asocian una gran morbilidad (conectivopatías, vasculitis, enfermedades autoinflammatorias, etc.) y enfermedades sistémicas que pueden cursar también con manifestaciones músculo-esqueléticas que pueden compartir características clínicas similares a la AIJ (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades metabólicas y de depósito, etc.), por lo que conocer todos los posibles diagnósticos diferenciales en Reumatología Pediátrica es fundamental dentro de la correcta formación de un pediatra.

Repasaremos a continuación y a través de casos clínicos interactivos durante el taller, puntos clave para poder diagnosticar y manejar correctamente a un niño con síntomas del aparato locomotor en nuestra consulta.

Aprender a realizar una historia clínica y una exploración orientadas al diagnóstico de patología músculo-esquelética

Es primordial dentro de la Reumatología Pediátrica realizar una buena historia clínica orientada al diagnóstico de todas estas patologías (Tabla I). Para ello, es preciso preguntar por antecedentes reumáticos y autoinmunes en familiares (ya que muchas de estas enfermedades asocian predisposición familiar). Además, la presencia de psoriasis o espondiloartritis en familiares de primer grado es un criterio diagnóstico de algunos subtipos de AIJ (artritis psoriásica y artritis relacionada con entesitis respectivamente)¹.

También habrá que interrogar sobre los antecedentes del propio paciente (enfermedades previas, medicación de base, alergias) y conocer bien su situación vacunal (los niños con este tipo de patologías deben tener actualizado su calendario y existen además recomendaciones vacunales especiales)².

Es importante describir con la mayor exactitud posible el síntoma guía por el que el niño acude a la consulta (artritis/inflamación de alguna articulación, artralgiyas de larga evolu-

ción, cojera persistente, fiebre y exantema, debilidad muscular, etc.) y conocer sus principales características (desde cuándo, asociación de ritmo inflamatorio vs mecánico, localización e irradiación, evolución en el tiempo y tratamiento administrado) y preguntar por la posibilidad de algún antecedente infeccioso y/o traumático que haya podido relacionarse con el síntoma guía. Hay que reflejar también la presencia de síntomas sistémicos (que suelen aparecer en AIJ sistémica, conectivopatías y vasculitis) y la asociación de otros síntomas acompañantes (uveítis, fotosensibilidad, lesiones cutáneas, abdominalgia, etc.)¹.

Una vez completada la anamnesis se debe realizar una exploración general y del aparato locomotor de forma sistemática y minuciosa, por ejemplo, aplicando el pGALS (*paediatric Gait, Arms, Legs and Spine*), un test exploratorio sencillo, de fácil aplicación en consulta y validado en niños para la detección de patología músculo-esquelética^{3,4}.

Artritis

La artritis se define como tumefacción articular y/o limitación dolorosa de una articulación. Su principal causa en Pediatría no es reumática y está relacionada con procesos infecciosos.

Tabla I. Resumen del contenido de una historia clínica orientada al diagnóstico de patología del aparato locomotor en la infancia	
Antecedentes familiares	- De patología reumática (artritis reumatoide, espondiloartropatía, LES, fiebre periódica, etc.) - De psoriasis - De otras enfermedades autoinmunes (alteraciones tiroideas, diabetes mellitus, enfermedad celíaca, vitíligo, etc.)
Antecedentes personales	- Antecedentes patológicos del niño - Alergias - Estado de vacunación y revisión detallada del calendario vacunal - Medicaciones
Motivo de consulta (síntoma guía)	- Desencadenante infeccioso y/o traumático ¿Desde cuándo? - Ritmo inflamatorio (rigidez matutina, empeora tras reposo, mejora a lo largo del día) vs mecánico (vespertino, mejora con el reposo) - Localización e irradiación - Evolución y tratamiento administrado - Asociación de síntomas sistémicos (fiebre, astenia, decaimiento, pérdida de peso, etc.) - Otros síntomas asociados (oculares, cutáneos, abdominalgia, etc.)

Tabla II. Tabla resumen del diagnóstico diferencial de artritis en Pediatría

Causas infecciosas	Causas reumáticas	Causas traumáticas	Causas hematológicas y/o tumorales	Otras enfermedades
– Artritis séptica – Artritis vírica – Fiebre reumática – Artritis postestreptocócica – Artritis reactiva – Tuberculosis – Enfermedad de Lyme	– AIJ como principal causa dentro de este grupo – Conectivopatías – Enfermedades autoinflamatorias	Excepcionales en la infancia	– Leucemia – Hemofilia y otros trastornos de coagulación – Anemia falciforme	– Enfermedad inflamatoria intestinal – Mucopolisacaridosis – Policondritis recidivante
Causas de falsa artritis: celulitis, bursitis, urticaria, eritema multiforme, púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Osgood-Schlatter, paquidermodactilia, etc.				

Una vez excluidas las causas infecciosas, la AIJ es su causa reumática más frecuente, aunque no podemos olvidar que existe un amplio diagnóstico diferencial de artritis en la infancia⁵, que detallaremos brevemente a continuación (Tabla II):

- **Causas infecciosas:** Artritis séptica (recordar que *S. Aureus* es el germen más frecuentemente implicado en niños mayores de 3 años y *K. Kingae* en menores de 3 años) y otras artritis relacionadas con infección (artritis vírica como causa más frecuente de poliartrosis en la infancia, fiebre reumática, artritis postestreptocócica, artritis reactiva, artritis asociada a tuberculosis o a enfermedad de Lyme, etc.).
- **Causas reumáticas:** Fundamentalmente siempre pensar en la posibilidad de AIJ como primer diagnóstico a tener en cuenta ante un niño con artritis, aunque también algunas conectivopatías y enfermedades autoinflamatorias pueden asociarla. Para realizar un correcto diagnóstico diferencial entre todas ellas es fundamental una buena historia clínica y una exploración detallada.

Respecto a la AIJ es importante recordar que se trata de una artritis de causa desconocida (tiene un diagnóstico de exclusión que obliga a la realización de estudios complementarios), que debuta en menores de 16 años y con curso crónico (más de 6 semanas de evolución). Existen 7 subtipos de la enfermedad en función de las características clínicas de cada paciente (AIJ oligoarticular, AIJ poliarticular con factor reumatoide positivo, AIJ poliarticular con factor reumatoide negativo, AIJ sistémica, artritis relacionada con entesitis, artritis psoriásica y artritis indiferenciada). Como principal complicación extraarticular la AIJ puede asociar uveítis crónica anterior en hasta un 25% de casos, que cursa de forma asintomática y precisa de seguimiento oftalmológico periódico.

- **Causas traumáticas:** Hay que destacar que, a diferencia de lo que ocurre en adultos, la artritis traumática es poco frecuente y excepcional en menores de 10 años.
- **Causas hematológicas y/o tumorales:** Las leucemias pueden asociar artritis. La hemofilia y otros trastornos de la coagulación pueden producir hemartros. La anemia de células falciformes puede asociar artritis infecciosa y/o dactilitis. También existen causas tumorales a nivel local dentro de la articulación: Sinovitis villonodular pigmentaria, hemangioma sinovial y sarcoma sinovial.
- **Otras enfermedades que pueden cursar con artritis:** Enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades metabólicas y de depósito como las mucopolisacaridosis, policondritis recidivante, etc.

- **Causas de falsa artritis:** Es importante destacar también que hay enfermedades que pueden simular una artritis debido a una afectación de tejido subcutáneo periarticular como ocurre en casos de celulitis, bursitis, urticaria, eritema multiforme y púrpura de Schönlein-Henoch. En la enfermedad de Osgood-Schlatter se produce inflamación a nivel de la tuberosidad tibial que puede simular una artritis de rodilla. En la paquidermodactilia la fibromatosis digital que se produce también puede simular una artritis.

Conectivopatías

Se describen a continuación las características básicas de las tres conectivopatías más frecuentes en la infancia⁶:

- **Lupus eritematoso sistémico (LES):** Un 15-20% de casos de LES debutan en edad pediátrica. Es importante destacar que en Pediatría el LES asocia mayor grado de actividad de la enfermedad, mayor morbilidad y afecta más frecuentemente al sistema neuropsiquiátrico y al riñón. Ante la presencia de un paciente con síntomas sistémicos o constitucionales asociados a alteración de uno o más órganos (riñón, piel, sistema nervioso, hematológico, digestivo, cardiopulmonar, etc.) siempre se tendrá que incluir al LES entre los posibles diagnósticos diferenciales.
- **Dermatomiositis juvenil:** Es la miopatía inflamatoria idiopática más frecuente en la infancia. Se caracteriza por una debilidad simétrica de la musculatura proximal a nivel de cintura escapular (dificultad para levantar los brazos) y pelviana (dificultad para subir y bajar escaleras) que asocia lesiones cutáneas patognomónicas de la enfermedad (eritema en heliotropo y pápulas de Gottron).
- **Esclerodermia localizada (morfea):** Es la forma más frecuente de esclerodermia y se caracteriza por afectar únicamente a piel y tejidos adyacentes, sin asociar afectación sistémica. Se manifiesta como un edema subcutáneo unilateral con cambios de coloración de la piel y endurecimiento cutáneo progresivo.

Vasculitis

Debemos conocer bien las dos vasculitis más frecuentes en la infancia⁷:

- **Púrpura de Schönlein-Henoch (vasculitis por IgA):** Es la vasculitis sistémica más frecuente en Pediatría. Afecta a pequeños vasos y se caracteriza por la aparición de forma progresiva de púrpura palpable de inicio en miembros inferiores (descartando trombopenia y alteraciones en la coagulación), artralgias y falsa artritis (afectación periarticular que simula artritis),

- afectación digestiva (sobre todo en forma de abdominalgia) y afectación renal (en forma de hematuria, proteinuria, insuficiencia renal y/o hipertensión), siendo el grado de afectación renal el factor pronóstico a largo plazo más importante.
- **Enfermedad de Kawasaki:** Es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en la infancia en nuestro medio. Afecta a vasos de mediano calibre y cursa con clínica multisistémica, pudiendo afectar a las arterias coronarias. Se caracteriza clínicamente por la aparición no secuencial y de forma transitoria de fiebre, conjuntivitis bilateral no supurativa, eritema labial y oral, exantema, adenopatía laterocervical unilateral de más de 1,5 cm y cambios en extremidades (descamación ungueal y/o edema en dorso de manos y pies). En ocasiones aparecen formas incompletas o atípicas de la enfermedad que pueden dificultar su diagnóstico.

Enfermedades autoinflamatorias

Ante un paciente con cuadro de fiebre recurrente o persistente acompañado de otros síntomas (artritis, serositis, afectación cutánea, conjuntivitis o edema periorbitario, adenopatías, vasculopatía, etc.) siempre se deberá pensar en ellas, aunque en su diagnóstico diferencial se incluirán también procesos infecciosos, neoplasias, enfermedades autoinmunes e inmunodeficiencias⁸.

Son el grupo de enfermedades reumáticas más recientemente descrito y se encuentran en continuo estudio y desarrollo. Se deben a una disfunción de la inmunidad innata y se asocian a una predisposición genética en la mayoría de las ocasiones, existiendo una respuesta inflamatoria exagerada no dependiente de antígeno que puede afectar a diferentes órganos y sistemas en función de cada enfermedad⁹. A excepción del síndrome PFAPA, bien conocido y diagnosticado frecuentemente desde Atención Primaria, son enfermedades con baja prevalencia.

Aunque cada síndrome tiene unas características definitorias, casi todos comparten algunas generalidades como su inicio precoz durante la infancia (algunos de ellos incluso desde período neonatal), la aparición de brotes de fiebre e inflamación multisistémica, la presencia de una gran variedad de manifestaciones cutáneas y la marcada elevación de reactantes de fase aguda durante los brotes de actividad de cada enfermedad, que pueden ayudar a sospechar la posibilidad de una enfermedad autoinflamatoria.

Es importante diferenciar las enfermedades autoinflamatorias con herencia monogénica de las que presentan una

Tabla III. Clasificación resumida de las enfermedades autoinflamatorias
Enfermedades autoinflamatorias monogénicas: – Enfermedades mediadas por alteración del inflamasoma (inflamasomopatías): Fiebre mediterránea familiar, HIDS, CAPS, etc. – Enfermedades mediadas por la vía NF-κB: TRAPS, síndrome de Blau, haploinsuficiencia A20, etc. – Enfermedades mediadas por interferón tipo I (interferonopatías): SAVI, síndrome de Aicardi-Goutières, etc.
Enfermedades autoinflamatorias poligénicas: – Síndrome PFAPA, AIJ sistémica, enfermedad de Still del adulto, enfermedad de Behçet, gota, síndrome de Schnitzler, etc.

herencia poligénica o multifactorial. En los últimos años se han identificado diferentes vías fisiopatológicas involucradas (enfermedades mediadas por alteraciones en el inflamasoma, enfermedades mediadas por la vía NF-κB, enfermedades mediadas por interferón tipo I) que han permitido una clasificación más detallada de todas estas enfermedades (Tabla III).

Bibliografía

1. López Robledillo JC. Anamnesis y exploración física en Reumatología. *Pediatr Integral*. 2017; XXI(3): 219.e1-219.e16.
2. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor. Manual de vacunas en línea de la AEP. Madrid, AEP; Feb/2022.
3. Foster HE et al. PGALS – paediatric Gait Arms Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2013.
4. Foster HE. Musculoskeletal screening examination (PGALS) for school-age children based on the adult GALS screen. *Arthritis Rheum*. 2006; 55(6): 981.
5. Alcobendas Rueda RM, De Inocencio Arocena J. Diagnóstico diferencial de artritis. *Pediatr Integral*. 2022; XXVI(3): 125-131.
6. Urbaneja Rodríguez E. Lupus y otras conectivopatías en la infancia. *Pediatr integral*. 2022; XXVI(3): 163-174.
7. Ozen S, Sag E. Childhood vasculitis. *Rheumatology (Oxford)* 2020; 59(Suppl 3): iii95-iii100.
8. López Montesinos B. Aproximación al niño con fiebre recurrente. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2: 361-368.
9. Aróstegui Gorospe JI. Enfermedades autoinflamatorias. Criterios de clasificación. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2: 369-377.

José Casas Rivero*, José Luis Iglesias Diz**

*Jefe de equipo de Pediatría. Hospital Ruber Internacional. Madrid. **Pediatra. Clínica de Medicina de la Adolescencia. A Coruña

Para atender adolescentes no basta con tener unos conocimientos sobre las características de su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que se dispone. También es necesaria una capacidad para “sentirse a gusto” delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven.

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tenga como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Debido a las características evolutivas de este grupo de edad, **muy a menudo la entrevista representa la única y última oportunidad que tiene el médico para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes que se estructure como ser adulto.** De ahí la importancia de una entrevista bien planteada, que pueda ser satisfactoria tanto para el médico como para su paciente. Para que el médico haya podido obtener la información clínica pertinente y para que el adolescente haya descubierto a un adulto que sabe escucharle y puede orientarle en lo que a su salud integral se refiere.

Ha sido tema de inacabables discusiones el debate sobre las características físicas que debe reunir una consulta específica para atender adolescentes. Y sabemos que no siempre es fácil conseguir un lugar idóneo. A menudo, estas discusiones esconden un temor, más o menos explícito, a enfrentarse con la realidad del adolescente, con lo que se retrasa el inicio de actividades.

Sin embargo, en acertada frase de J. Roswell Gallagher, considerado “padre de la medicina del adolescente”, el hecho de proporcionar al adolescente un lugar específico no es garantía de su cooperación: **lo que realmente cuenta es la manera como el médico habla con él y lo trata.** De aquí la importancia de adquirir una buena capacidad para la entrevista.

Para estructurar las bases de esta entrevista, debemos adquirir un correcto conocimiento sobre las características del entrevistado (el adolescente), revisar las cualidades y la disposición del entrevistador (el pediatra), y tener muy presentes las características que deben reunir el contenido y la forma de la entrevista para que sea un eficaz acto médico.

La atención del adolescente requiere algo más de tiempo que en otras edades. Es también imprescindible efectuar parte de esta entrevista a solas con el adolescente y volver a dar toda la información final tanto a los padres como al paciente, preservando siempre el secreto y la intimidad. El profesional debe conocer las peculiaridades de la “medicina del adolescente” y sentirse cómodo con sus pacientes y sus padres.

El médico debe tener presente que, la mayoría de las veces, tiene ante sí un paciente con un grado de madurez suficiente para decidir, acertadamente, sobre temas que le incumben a él. Se deben evitar las actitudes paternalistas; no dar sermones ni infundir miedos ante algunas actitudes que, subjetivamente, no nos parecen acertadas. El médico no debe imponer sus normas morales o de conducta. Ha de intentar entender la manera de ser del adolescente, con el que quizás habrá una diferencia de edad de 40 años. Esta diferencia de edad entre ambos puede influir en la relación médico paciente; un médico joven se identificará más fácilmente con el adolescente y un médico de más edad lo hará con los padres. La postura idónea es la neutral. No se ha de convertir en un padre salvador ni en un aliado de los padres. El entrevistador no debe citarse como ejemplo, ni recordarle su adolescencia. Tampoco es una buena táctica querer ponerse a la altura del adolescente imitando sus ademanes, vocabulario o manera de

vestir. No debe demostrar al adolescente que él es más amigo que los otros adultos y que con él se puede confabular. El médico, para el adolescente, ha de ser eso, el médico, no un amigo. Debe actuar como consejero y sobre todo como informador. Aunque el adolescente no solicite ninguna información concreta, es conveniente que el pediatra intuya sus necesidades en materias de salud y le facilite información, útil y concreta, sobre los temas de su interés. Si la información se le da por escrito y es de fácil y corta lectura, mejor.

Se debe abandonar la idea de que el adolescente es, por definición, un paciente difícil. Como en otras edades, habrá chicos y chicas de carácter poco comunicativo y otros más abiertos y colaboradores. Según el temperamento de la persona, el solo hecho de estar ante un médico y más aún si se está enfermo, cambia el carácter del sujeto. Reacciones de llanto, de no querer hablar o de mentir, pueden ser reacciones pasajeras que irán desapareciendo en posteriores entrevistas.

Además de disponer del tiempo necesario y del lugar idóneo, se deben incluir en la entrevista preguntas no relacionadas directamente sobre temas médicos.

Para hacer la entrevista con cierto orden y como ayuda para mantener una conversación con el adolescente, que en ocasiones es parco en palabras, recordar algún acrónimo lo facilita. El acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima, sexualidad) es útil como guion de la anamnesis y a la vez que se realiza el interrogatorio, también se puede dar al paciente información sobre algunos temas relacionados. El propuesto por Goldenring: H.E.A.D.S.S. (hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio) ha sido ampliada a H.E.E.A.D.S.S.S. (eating, alimentación; safety, seguridad), tiene la misma finalidad al igual que las ocho ces de Silber (calcio, colesterol, cigarrillos, condón, cinturón de seguridad, comprensión/cariño, comida, casco).

Conocer otras áreas de la vida del paciente, es una manera legítima de conocer más íntimamente su vida, lograr entenderla y así poder ayudarle. La atención médica del adolescente obliga al profesional a conocer la patología habitual en estas edades y sospecharla tras una correcta entrevista y exploración clínica.

El objetivo del taller es que los participantes obtengan los suficientes conocimientos teóricos y prácticos, enfrentándose a distintos escenarios, para poderlos utilizar en la práctica diaria atendiendo a adolescentes.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Achieving Quality Health Services for Adolescents. Pediatrics. 2008; 121: 1263.
- Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI. Entrevista clínica del adolescente. En Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero MA, Castellano Barca G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed Ergon. Majadahonda. 2ª ed. Madrid. 2012, p. 11-18.
- García-Tornell S, Gaspá Martí J. Entrevista clínica del adolescente. Atención al adolescente. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria SEPEAP. Madrid: Ergon; 2011. p. 1263-74.
- Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J (eds.). Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para Atención Primaria. 4ª edición. Madrid: Ergon; 2008. p. 781-90.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Achieving Quality Health Services for Adolescents. Pediatrics. 2008; 121: 1263.
- MI. Hidalgo Vicario, G. Castellano Barca. Entrevista Clínica y Examen Físico. En “Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed. Ergón. 3ª Edición. Madrid 2021. p. 11-22.

Dermatología de las enfermedades infantiles

Isabel Betlloch Mas, Laura Berbegal De Gracia

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Alicante

Introducción

Las patologías cutáneas con las que debe enfrentarse el pediatra de Atención Primaria en su práctica clínica son múltiples y de diferente naturaleza, ya que incluyen tanto lesiones transitorias sin gran significado patológico, como lesiones de diagnóstico fácil pero de difícil manejo, o lesiones de mayor dificultad diagnóstica o gravedad.

Objetivos

- Ofrecer a los participantes la oportunidad de conocer algunos casos de interés clínico y compartir experiencias.
- Proporcionar claves que ayuden al diagnóstico y al tratamiento.
- Potenciar la participación mediante la realización de preguntas interactivas.

Material y métodos

A partir de casos reales procedentes de las consultas de Atención Primaria de Pediatría, plantaremos supuestos prácticos y revisaremos aquellos casos con mayor interés desde el punto de vista clínico y terapéutico. Dentro de esta revisión se incluirán y presentarán casos que hemos agrupado según los grupos de enfermedades que se pueden ver en la tabla I y algunos ejemplos de las mismas en la figura 1.

Discusión

Este taller pretende ser una herramienta para facilitar el conocimiento y el manejo de algunas de las patologías derma-

Tabla I. Principales enfermedades cutáneas en la infancia

- Infecciones
- Enfermedades eritemato-descamativas
- Enfermedades inflamatorias
- Toxicodermias
- Lesiones vasculares
- Trastornos de la pigmentación
- Tumores
- Fotosensibilidad
- Enfermedades de los anejos
- Otras

tológicas más frecuentes o relevantes en la práctica clínica diaria de los pediatras de Atención Primaria. Se pretende resaltar la importancia de dichas enfermedades y los signos clave para su diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

- Jordá-Cuevas E, Martín-Hernández JM. Dermatología para pediatras. Editorial Médica Panamericana S.A. 2013.
- Cohen BA. Pediatric Dermatology. Third edition. Elsevier Mosby. 2005.
- Eichenfield LF, Frieden IL, Esterly NB. Neonatal D. Second edition. Saunders - Elsevier 2008.
- World Health Organization. Epidemiology and Management of Common Skin Diseases in Children in Developing Countries. World Health Organization; 2005 WHO/FCH/CAH/05.12.



Figura 1. Ejemplos de enfermedades cutáneas en niños.

Estrategias de sedoanalgesia y su aplicación en Atención Primaria

GT para el abordaje del dolor pediátrico en Atención Primaria

Carlos Miguel Angelats Romero*, Juan Utrero Valiente**, Ignacio Manrique Martínez***

*Servicio de Urgencias Pediátrica. Hospital Francesc de Borja. Valencia. **Médico especialista en Pediatría y sus áreas específicas de HLA Vistahermosa. Alicante. ***Director en Instituto valenciano de Pediatría. Valencia

Introducción

El dolor y la ansiedad son comunes en los niños que necesitan una intervención, ya sea una vacuna, la adquisición de una muestra de sangre, la reparación de una herida o incluso la cura de la misma.

Se sabe que la falta de un adecuado abordaje del dolor puede conllevar problemas a corto plazo como dolor, agitación y estrés para el paciente, los padres e incluso el personal sanitario pudiendo perjudicar el tratamiento, aumentando los errores y afectando a los resultados finales (muestras de sangre alteradas, lesiones, o cicatrices poco estéticas). Entre los problemas a largo plazo destacan tanto la hiperalgesia en futuros procedimientos, como mayores niveles de ansiedad exagerados previos a nuevas consultas.

Se han descrito medidas no solo farmacológicas sino también físicas y psicológicas para manejar el dolor en pacientes pediátricos^{1,2}.

Aproximación al paciente con dolor asociado a procedimientos

Para la aproximación al paciente con dolor en general o al asociado a procedimientos tenemos que tener en cuenta varios pasos o evaluaciones para optimizar el manejo y minimizar posibles errores³.

Evaluación de la situación

En un primer momento valoraremos la estabilidad del paciente y mediremos el dolor con alguna de las escalas recomendadas (FLACC Score, Faces Pain Scale, o Verbal Numérica) según la edad del paciente. Posteriormente, nos tendremos que plantear la analgesia, ansiólisis o sedación que requerirá el paciente en función de la patología que presente o el procedimiento al que se le vaya a someter. En este ítem también tendremos en cuenta la situación de los padres y el grado de estrés que presenten^{1,2,4-6}. También es muy útil la Escala de evaluación del dolor pediátrico en urgencias (Fig. 1).

Evaluación del entorno

En este apartado repasaremos las condiciones de nuestro entorno (material adecuado y suficiente para resolver cualquier complicación secundaria a la medicación y/o al procedimiento), el personal (capacitado y con experiencia en función del tipo de procedimiento) y la situación en la que estemos en ese momento (presión asistencial, otras urgencias o procedimientos, etc.)^{5,7,8}.

Evaluación del paciente

A continuación, recogeremos las condiciones del paciente y el riesgo potencial al administrar analgesia o sedación como son: Los antecedentes médicos (alergias, sedaciones previas, patologías de base, etc.), las horas de ayuno y riesgo de aspiración, que variará en función de la urgencia del procedimiento, la valoración del riesgo ASA (American Society of Anesthesiologist) para identificar el riesgo de sedación fuera de quirófano, la valoración de la vía aérea (Score de Mallampati, malformaciones craneofaciales, movilidad del cuello, etc.) y finalmente el grado de sedación que precisaremos (Escala de Ramsay, Escala de la Universidad de Michigan)^{4,7,8}.

Manejo del dolor y/o sedación

Posteriormente, elegiremos la “receta” que mejor se adecúe a la situación del paciente teniendo en cuenta las evaluaciones previas.

Como medidas generales siempre tenemos que tener en cuenta la opinión de los padres y buscar un ambiente tranquilo y con poca luz.

Dentro de las técnicas que disponemos podemos dividir las en dos grupos: las no farmacológicas y las farmacológicas.

No farmacológica (Fig. 2 y 3)

Psicológicas. Por un lado, contamos con la Distracción Pasiva con materiales como burbujas, los libros y cajas de distracción (toolkits), la presencia de los padres, así como técnicas de relajación y respiración. Por otro destacamos la Distracción Activa con medidas audiovisuales como tablets, proyectores, apps móviles, videojuegos, música e incluso las gafas de realidad virtual^{1,2,9}.

Físicas. Las medidas físicas como el amamantamiento, la succión no nutritiva (tetina), arropar con mantas, mecerlos en brazos, el contacto piel con piel con los padres, y las caricias suaves se deben de permitir mientras no interfieran con el procedimiento. También están descritas otras medidas físicas no farmacológicas como la vibración, el frío y la estimulación no nociva (teoría de gate), para aliviar el dolor^{1,2,4}.

Farmacológica (Fig. 4)

Se prefiere siempre que se pueda asociado a medidas no farmacológicas.

Local. Tópicas, intralesionales y bloqueos nerviosos^{2,4,10}.

Sistémica. Por vía oral, intranasal, subcutánea, intravenosa, intramuscular, inhalada o nebulizada^{1,2,4,10}.

Dolor procedimientos

Por ejemplo, para venopunción, test sanguíneos, suturas, cambios de apósitos.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR PEDIÁTRICO

Grupo de trabajo para el abordaje del Dolor Pediátrico en Atención Primaria

Escala FLAACC-revisada

Escala no verbal de valoración del dolor en niños con alteraciones neurocognitivas

PARÁMETRO	0	1	2	Comportamientos individualizados*
CARA	Ninguna expresión particular o sonríe	Hace muecas o frunce el ceño ocasionalmente; parece triste o intranquilo	Hace muecas o frunce el ceño continuamente; cara de angustia; expresión de susto o pánico; otros*	Labios fruncidos; dientes apretados y rechinar de dientes; ceño fruncido; mirada nerviosa; ojos muy abiertos, que parece sorprendido
PIERNAS	Posición normal; tono y movimiento de extremidades habitual	Incómodo, tenso; temblores ocasionales	Patadas o piernas levantadas; marcado aumento de la espasticidad, temblores o sacudidas constantes; otros*	Piernas y brazos pegados al cuerpo; clonus en una pierna con dolor; quieto y tenso; temblor en las piernas
ACTIVIDAD	Acostado tranquilamente, se mueve fácilmente, respiración rítmica regular	Se retuerce, movimientos tensos o moderados; ligeramente agitado (cabeza hacia adelante y hacia atrás); suspiros o quejidos intermitentes	Arqueado, rígido o con sacudidas; agitación severa; cabeceos; respiración agitada, entrecortada; otros*	Se agarra en el sitio del dolor; asiente con la cabeza; aprieta los puños, levanta los brazos; arquea el cuello; sobresaltos; gira de lado a lado; agita la cabeza; señala donde le duele; se golpea la cara; se muerde la palma de la mano; contiene la respiración
LLANTO	No llanto, no verbalización	Gemidos o gritos; queja ocasional; exabruptos verbales ocasionales o gruñidos	Llantos, gritos o sollozos constantes; quejas frecuentes; otros*	Indica "pupa" o "no"; jadeos, gritos, lloriqueos; gruñidos o respuestas cortas
CONSUELO	Contento y relajado	Se tranquiliza si se le toca, abraza o habla ocasionalmente	Difícil de consolar o reconfortar; alejando al cuidador, resistiendo las medidas de cuidado o confort; otros*	Responde a mimos, abrazos, padres, caricias, besos; distante e insensible cuando está con dolor

Puntuación: 0: Relajado y confortable; 1-3: Disconfort discreto; 4-6: Dolor moderado; 7-10: Dolor severo. *Ejemplos de comportamientos de dolor adicionales identificados por los padres. Es recomendable revisar con los padres/cuidadores para identificar los comportamientos y detalles que puedan indicar dolor.

Escala Neonatal Infants Pain Scale (NIPS)

Valoración del dolor en neonatos (0 días-1 mes)

PARÁMETRO	0	1	2
LLANTO	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable
EXPRESIÓN FACIAL	Normal	Gesticulación (ceño fruncido, contracción de párpados, surco naso labial)	
PATRÓN RESPIRATORIO	Normal	Incrementado o irregular	
MOVIMIENTO DE BRAZOS	Reposo	Flexionados/extendidos	
MOVIMIENTO DE PIERNAS	Reposo	Flexionadas/extendidas	
PATRÓN DE SUEÑO	Normal	Despierto continuamente	

Puntuación: 0-2: No dolor - dolor leve; 2-4: Dolor leve - moderado; >4: Dolor intenso. La puntuación máxima es 7.

Escala FLACC

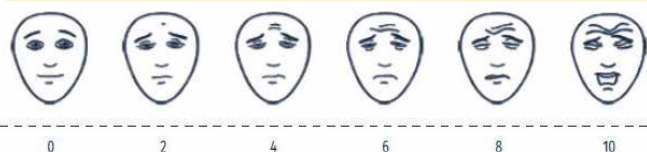
Valoración del dolor en niños entre 1 mes y 3 años

PARÁMETRO	0	1	2
CARA	Expresión neutra cara relajada	Mueca o fruncimiento del entrecejo o nariz esporádicos	Mandíbula contraída, temblor del mentón frecuente
PIERNAS	Posición normal, relajadas	Incómodo, inquieto, tenso	Patateo o elevación de piernas
ACTIVIDAD	Tranquilo, acostado y quieto	Se retuerce, se balancea hacia atrás y hacia delante	Rigidez o movimientos espasmódicos
LLANTO	Ausencia de llanto	Gemidos o lloriqueos con alguna mueca esporádica	Llanto constante, quejas frecuentes
CONSUELO	Tranquilo, relajado	Se tranquiliza al brazo, al habla o al tacto	Dificultad para el consuelo

Puntuación: 0: no dolor; 1-3: dolor leve; 4-6: dolor moderado; 7-10: dolor intenso. Se debe observar al niño descubierto durante al menos 2-5 minutos si está despierto y durante más de 5 minutos si está dormido.

Escala de CARAS-REVISADA

Valoración del dolor en niños entre 3 y 7 años



Utiliza dibujos de 6 caras con diferentes expresiones según el grado de dolor. Al explicar el significado de cada cara hay que evitar usar palabras como "contento" o "triste" y pedirle al niño que señale la que más se aproxima al dolor que siente. **Puntuación:** 0-2 no dolor; 4: dolor leve; 6: dolor moderado; 8-10: dolor intenso.

Escala numérica

Valoración del dolor en niños mayores de 7 años



Esta escala determina diferentes intervalos de dolor y les asignan números de manera que el paciente señala el número que mejor representa la intensidad del dolor que siente, explicándole que "0" significa "ningún dolor" y "10" significa "muchísimo dolor". **Puntuación:** 0: no dolor; 1-3: dolor leve; 4-8: dolor moderado 9-10: dolor intenso.

Figura 1. Escala de evaluación del dolor pediátrico en urgencias.

Figura 2. Recomendaciones sobre bienestar de los niños durante las inyecciones.

1. “Insensibilizar” la piel: anestésico tópico local:

- **¡Debe ofrecerse siempre!** (Los adolescentes pueden decir no).
- La elección de anestésico tópico dependerá del escenario clínico (facilidad de administración, bajo coste, accesibilidad), uno de los siguientes:
 - EMLA Crema (lidocaina 2,5% y prilocaina 2,5%) [al menos 60 min].
 - 4% Lidocaina Crema anestésica tópica [al menos 30 min].
 - J-tip (inyector sin agujas de lidocaina) [efectiva en 1-3 minutos].
 - Tetracaina 0,5% [30-45 minutos].

2. Sacarosa o lactancia materna para niños de 0-12 meses:

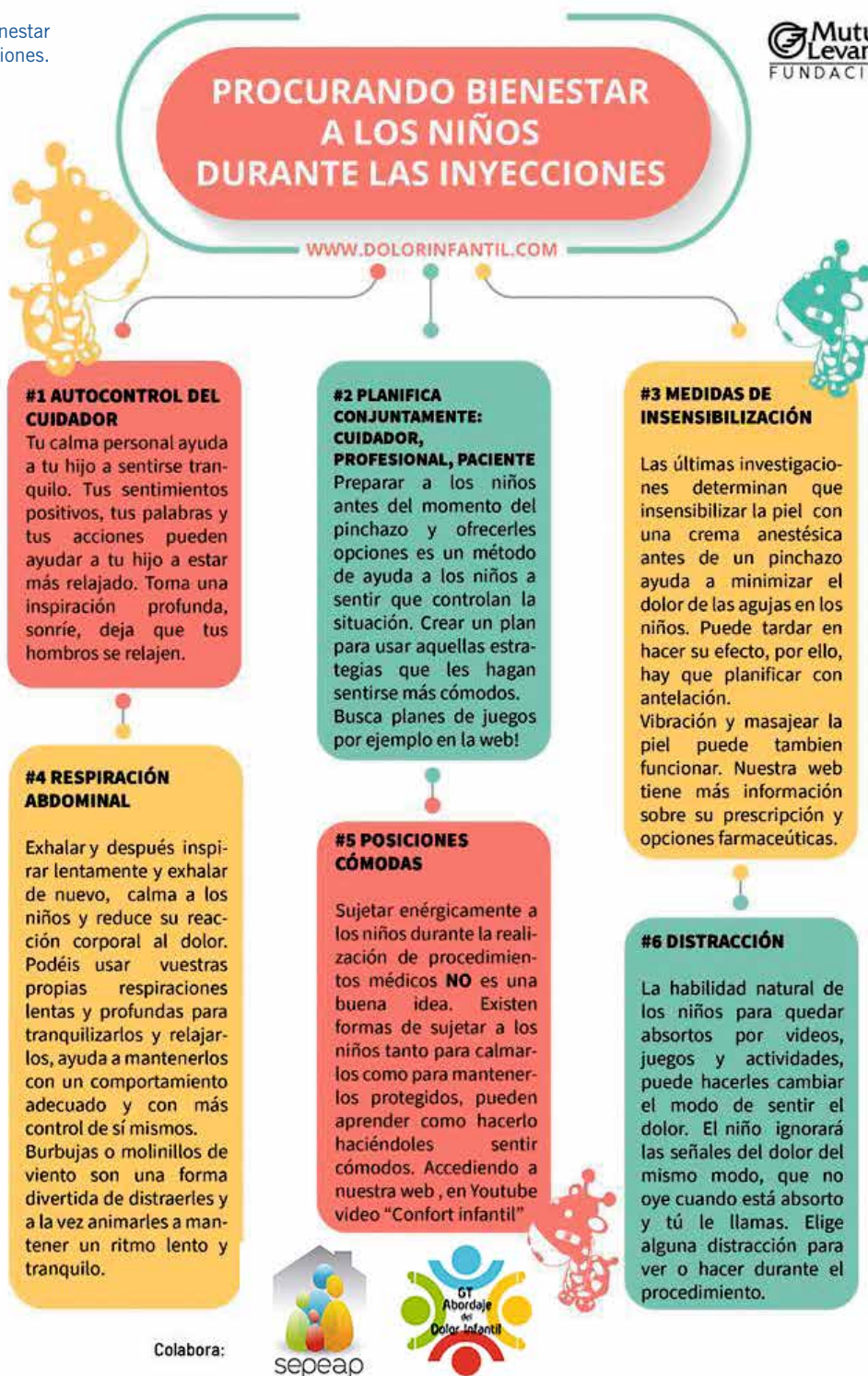
- Reduce el dolor y llanto durante procedimientos dolorosos.
- Dosis efectiva (24%): 0,05-0,5 ml (= 0,012-0,12 g).
- Administrar 2 minutos antes del procedimiento, dura unos 4 minutos.
- La lactancia deberá comenzar 2-5 minutos antes del procedimiento y continuar durante el mismo.

3. Posicionamiento confortable:

- Niños <6 meses: mantener calientes, envolverlos y usar piel con piel.
- La posición erecta incrementará el apoyo y disminuirá la ansiedad y el dolor, sugerir posición confortable (en las piernas del padre, echado sobre el pecho del padre abrazado).
- Cuando sea posible ofrecer al niño la elección de la posición.
- Animar al padre a estar cerca y abrazar.
- El niño NO debe ser restringido ni sujetado por adultos.

4. Distracción y terapias integrativas:

- Identificar modalidades basadas en la edad y desarrollo, posicionamiento, respiración diafragmática, distracción, imaginación, hipnosis, libros, pompas de jabón, molinillos de viento, videojuegos, tablets/Smartphone, “Apps”, “Buzzy”.



- En el momento de la inyección ofrecer rozar o tocar la piel cerca del lugar de la inyección.
 - Coaching paterno: NO se habla del procedimiento, sugerencias de cómo sobrellevarlo, disminuye el estrés del niño y el dolor.
- 5. Otros acercamientos farmacológicos:**
- Para procedimientos cortos (retiradas de tubos torácicos) considerar usar opioides de corta duración (p. ej., intranasal fentanilo 1,4 mcg/kg/dosis).
 - Considerar usar óxido nitroso para una sedación mínima para fobias a agujas o ansiedad significativa.

El posicionamiento confortable disminuye el estrés y aumenta la cooperación de los niños durante los procedimientos: ⁽¹⁻⁴⁾

- La posición de sentado ofrece mayor sensación de control.
- Permite un contacto estrecho del niño con sus tutores, quienes participan de forma activa y positiva durante el procedimiento.
- Permite una inmovilización segura.
- Es importante que el profesional se adecue al entorno, pero sin perder ergonomía o comodidad para realizar el procedimiento.

ABRAZO DE OSO



- Niños pequeños que requieren distracción
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en brazo, toma de constantes, otoscopia, lesiones en parte posterior de la cabeza, heridas en extremidades.

ABRAZO DE CANGURO



- Niños mayores que prefieren mayor independencia, pero requieren sujeción.
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en brazo, toma de constantes, sondaje NG, toma de muestras ORL, medicación intranasal.

SENTADO DE LADO



- Niños mayores que prefieren mirar.
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en brazo, toma de constantes, otoscopia.

ENVOLVER



- Lactantes.
- Con el niño en brazos o tumbado en la cama abrazado por el tutor.
- Se puede amamantar u ofrecer solución glucosada.
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en pierna, toma de constantes.

ABRAZO LATERAL



- Niños mayores. Pueden elegir ver o no el procedimiento.
- La pierna cuelga de la camilla lo que favorece la relajación muscular.
- **Adecuado para:** inyecciones en pierna.

TOMA DE MUESTRAS ORL, MEDICACIÓN



- Lactantes y niños pequeños.
- Permite al tutor abrazar y controlar cabeza y brazos.
- **Adecuado para:** toma de muestras ORL, medicación intranasal, nebulizaciones.

ACCESOS IV EN PIE



- Niños pequeños.
- Posición sentada disminuye la movilidad de la pierna.
- **Adecuado para:** accesos IV en pie.

EN RANA



- Lactantes (tumbados sobre el tutor), niños pequeños y mayores.
- **Adecuado para:** sondaje vesical, examen pélvico.

Figura 3. Posicionamiento confortable.

P. Forner García, C. M. Angelats Romero, I. Beneyto Ferré, L. Barahona Rondón, T. García Abreu, N. García Aracil, I. Manrique Martínez.
 Grupo de Trabajo para el abordaje del Dolor Pediátrico en Atención Primaria -Subgrupo dolor agudo en colaboración con la Asociación Nui de llavors.

Evitar errores de medicación al prescribir

- **Escribir las órdenes de modo comprensivo evitando abreviaciones:**
 - Deletrea microgramos para evitar errores de transcripción.
 - Deletrea morfina, para evitar errores de medicación cuando se escribe “ms.”
 - Por kg dosis máxima = 50 kg (>50 kg = dosis adulto).
- **Evitar errores decimales:**
 - Escribir “0,1” no “,1” / Escribir “1” no “1,0”. Esto puede causar un error de dosis de hasta 10 veces la dosis prescrita.

- NUNCA prescribir volumen [ml], SIEMPRE prescribir dosis [mg o mcg].

Principios de manejo del dolor pediátrico de la OMS

1. Aplicar la OMS escalera de dolor: **NO dar inframedicación**; pasará a los opioides si el control del dolor no es óptimo.
2. Usar medicaciones a la hora del reloj para dolor predecible **MÁS** adicionales dosis disruptivas (**NO solo medicación prn**) a demanda.

No-opioides usados frecuentemente para dolor leve a moderado

Medicación	Ruta	Dosis pediátricas	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Ibuprofeno	PO	5-10 mg/kg	2400 mg/día	6-8 hrs
Paracetamol	PO, PR	10-15 mg/kg	60mg/kg/día	4-6 hrs
Paracetamol*	IV	1-2 years = 10 mg/kg/dosis >2 years = 15 mg/kg/ dosis >50 kg = 650-1,000 mg	<50 kg = 60 mg/kg/día >50 kg = 1,000 mg/ dosis o 4 g /día	6 hrs
Ketorolaco** (Toradol) OFF LABEL	IV	<2 yrs = 0.25 mg/kg >2 yrs = 0.5 mg/kg	30 mg/día	6-8 hrs
Celecoxib*** OFF LABEL	PO	10-25 kg = 50 mg >25 kg = 100 mg	50 mg 100 mg	12-24 hrs
Metamizol Magnésico	PO	10-15 mg/kg	6000 mg/día	6-8 hrs
Metamizol ****	IV	>1 año 10-15 mg/kg	6000 mg/día	8 hrs

*SOLO si la vía rectal u oral está contraindicada, reevaluación diaria

**No se recomienda administrar más de cinco días

Si los NSAIDs están contraindicados, no está determinada su eficacia y seguridad por debajo de los dos años de edad. *OFF LABEL < 3 meses o 5 kg.

Analgésicos opioides usados frecuentemente para dolor leve a moderado (neonatos a término y niños)

Medicación	Ruta	Dosis pediátricas	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Tramadol*	PO	1-2 mg/kg	6 mg/kg/día	4-6 hrs

*Tramadol tiene un efecto techo. Si se usa por encima de la dosis máxima cambiar a opioides fuerte. Si el dolor persiste o aumenta discontinuar y cambiar a opioides fuerte. NO combinar tramadol con opioides fuertes.

Medicaciones NO recomendadas:

- La Codeína no puede ser recomendada — Hasta un 34% de los niños no tienen efecto analgésico debido a un pobre metabolismo (CYP 2D6). Por otro lado los metabolizadores ultra rápidos producen altos niveles de morfina que pueden resultar peligrosos.
- Los productos combinados con paracetamol no están recomendados.

Opioides Analgésicos usados frecuentemente para dolor moderado a severo (neonatos a término y niños)

Esto representa la dosis inicial. Los niños pueden requerir dosis mayores

Medicación	Ruta	Dosis inicial pediátrica	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Morfina	IV, SC PO/SL, PR	0.05-0.1 mg/kg 0.15-0.3 mg/kg	5-10 mg 10-15 mg	2-4 hrs
Morfina: analgesia controlada por paciente/enfermera (PCA)		Infusión Basal: 0.015 mg/kg/hr PCA dosis: 0.015 mg/kg *infusión basal recomendada=dosis PCA	Intervalo de Bloqueo = 5-10 minutos	Limite 1 hr max. = 4-6 PCA bolos/hr (e.g., 0.1 mg/kg)
Fentanilo	IV	Bolo: 1 mcg/kg Infusión Continua: 1 mcg/kg/hr	25-75 mcg 50 mcg/hr	10 min-1 hr (bolos)

Antagonista opioideo en manejo de efectos secundarios

Medicación	Ruta	Dosis inicial	Indicación clínica	Intervalo Dosis
Infusión baja dosis de Naloxona	IV	0.5-2 mcg/kg/hr	Efectos secundarios leves-moderado producidos por los opioides como prurito, náuseas y otros. (Efectos moderados a severos: rotación opioidea)	
Naloxona	IV, SC	1-5 mcg/kg 10 mcg/kg	*Revierte la depresión respiratoria dependiente del opioides Revierte la apnea y coma inducida por opioides	2-3 mins

Figura 4. Manejo farmacológico del dolor agudo pediátrico. IV: intravenoso; SC: subcutáneo; PO: oral; SL: sublingual; PR: rectal.

*Considerar el uso de naloxona para la sobredosificación. Si las medidas de estimulación táctil no son efectivas.

Continúa.

Analgesia para neonatos y niños edad 0-6 meses				
Medicación	Ruta	Dosis pediátrica (edad)	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Paracetamol	PO, PR	5-10 mg/kg (0-30 días) 10 mg/kg (1-3 meses) 10-15 mg/kg (3-6 meses)	20-40 mg/kg/día 40 mg/kg/ día 40-60 mg/kg/ día	4-6 hrs (max. 4 dosis/ día)
Paracetamol *	IV	<10 kg = 7.5 mg/kg	30 mg/kg/ día	6 hrs
Ibuprofeno	PO	4-10 mg/kg (3-6 meses)	40 mg/kg/ día	6-8 hrs
Morfina	PO/PR/SL	0.075-0.15 mg (0-30 días) 0.08-0.2 mg (1-12 meses)		6 hrs 4-6 hrs
Morfina	IV/SC	0.025-0.05 mg (0-30 días) 0.1 mg/kg (1-6 meses) Infusión (con Bolo de PCA de la misma dosis): 0.005-0.01 mg/kg/hr (0-30 días) 0.01-0.03 mg/kg/hr (1-6 meses)		6 hrs
Fentanyl	IV/SC	0.5-1 mcg/kg (0-12 meses) Infusión (con Bolo de PCA de la misma dosis): 0.5-1 mcg/kg/hr (0-6 meses)		2-4 hrs

* Solo si la administración oral o rectal está contraindicada

Figura 4. Manejo farmacológico del dolor agudo pediátrico. IV: intravenoso; SC: subcutáneo; PO: oral; SL: sublingual; PR: rectal. *Continuación.*

- Usar la vía más sencilla y menos invasiva cuando sea posible: (p. ej., oral vs IV, NUNCA IM).
- Revisar la constante de dolor y cambiar el plan acordado.
- Siempre integrar las estrategias de no uso de medicaciones en combinación con medicaciones que aumentan el control del dolor (p. ej., abrazos, distracción, técnicas de relajación, masajes hipnosis aromaterapia).

Analgesia multimodal

En situaciones complejas los opioides solos pueden no ser suficientes. Efectiva analgesia con rotación opioidea incluye alguno de estos:

- Paracetamol y/o NSAID/Inhibidor Cox-2.
- Opioides.
- Intervención anestésica (bloqueo nervioso, infusión epidural, etc.).
- Analgésicos coadyuvantes.
- Terapia física e higiene del sueño.
- Psicología.

Negar el dolor

Cuando un niño niega el dolor o lo minimiza se puede considerar que:

- Fue previamente tratado con inyecciones o procedimientos dolorosos.
- Se le ha animado a que sea “valiente”.
- No entiende que el dolor puede ser tratado.
- No entiende las palabras que se usan para preguntar por el dolor.
- Está asustado por los efectos de los medicamentos o por la adicción.
- Está preocupado de que si aún tiene dolor no se le dará de alta como se planeaba.
- Creer que los tubos (NG) no se retiraran hasta que su medicación para el dolor se retire.

Bibliografía

- 2018-06-28_v1.1_Pain_Treatment_BLR_FINAL.pdf [Internet]. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: https://trekk.ca/system/assets/assets/attachments/222/original/2018-06-28_v1.1_Pain_Treatment_BLR_FINAL.pdf?1530203858.

- Olsen K, Weinberg E. Pain-Less Practice: Techniques to Reduce Procedural Pain and Anxiety in Pediatric Acute Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. marzo de 2017; 18(1): 32-41.
- Pain Assessment and Management Initiative » College of Medicine » University of Florida [Internet]. Citado el 20 de julio de 2018. Disponible en: <http://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/>.
- American Academy of Pediatrics, Section on Anesthesiology and Pain Medicine, Tobias JD, Cravero JP. Procedural sedation for infants, children, and adolescents [Internet]. 2016. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1057965>.
- Cote CJ, Wilson S, American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: Update 2016. *Pediatrics*. 2016; 138(1): e20161212-e20161212.
- Drendel AL, Ali S. Ten Practical Ways to Make Your ED Practice Less Painful and More Child-Friendly. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. diciembre de 2017; 18(4): 242-55.
- Preparation for pediatric procedural sedation outside of the operating room - UpToDate [Internet]. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preparation-for-pediatric-procedural-sedation-outside-of-the-operating-room?search=Preparation%20for%20pediatric%20procedural%20sedation%20outside%20of%20the%20operating%20room&source=search_result&selected-Title=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Meredith JR, O'Keefe KP, Galwankar S. Pediatric procedural sedation and analgesia; 2008. p. 9.
- Koller D, Goldman RD. Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012; 27(6): 652-81.
- Procedural-pain-blr-final-reformatted-aug-2017.pdf [Internet]. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: <https://trekk.ca/system/assets/assets/attachments/164/original/procedural-pain-blr-final-reformatted-aug-2017.pdf?1505225147>.

Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría con normas ERC 2021

Ignacio Manrique Martínez⁽¹⁾, Valero Sebastián Barberán⁽²⁾, Noelia García Aracil⁽³⁾,
 Lourdes José Alcaide⁽⁴⁾, Michel Centelles Greco⁽⁵⁾

⁽¹⁾Director del Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia. ⁽²⁾Pediatra. Centro de Salud Arquitecto Tolsa. Valencia. ⁽³⁾Enfermera SAMU. Profesora Asociada del Departamento del Enfermería de la UA, SES Samu Alicante y Universidad de Alicante. Alicante. ⁽⁴⁾Enfermera SAMU Alicante, Instructora por el GERCPPyN. Alicante. ⁽⁵⁾Enfermero Atención Primaria Santa Pola. Alicante. Instructor por el GERCPPyN. Alicante

Conceptos

La reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) y realizar, sin ningún equipamiento específico, la sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, manteniendo estas maniobras hasta que la víctima se recupere o pueda recibir un tratamiento más avanzado.

La RCPB debe iniciarse lo antes posible, preferiblemente en los primeros 4 minutos desde el inicio de la PCR.

Su objetivo fundamental es conseguir la oxigenación adecuada de todos los tejidos, pero, sobre todo, el cerebro y otros órganos vitales.

La RCPB supone, junto con las medidas de prevención y la activación de los sistemas de emergencias médicas (SEM), el pilar primordial de la cadena de supervivencia.

Las maniobras de RCPB son fáciles de aprender y cualquier persona las puede realizar con un entrenamiento adecuado.

Todos los ciudadanos, sanitarios o no sanitarios, deben conocer y entrenarse en estas maniobras, así como saber manejar un desfibrilador semiautomático (DESA).

Pasos de la reanimación cardiopulmonar básica

La RCPB consta de una serie de pasos que deben realizarse de forma secuencial (Fig. 1). Es imprescindible recordar el orden de los pasos de la RCPB, ya que un error en la secuencia puede llevar al fracaso de la reanimación. No se debe pasar de un paso al siguiente sin estar seguro de que la maniobra anterior esté correctamente realizada. La RCPB debe hacerse de forma rápida, pero sin apresurarse, para asegurar que cada una de las maniobras es efectiva.

1. Seguridad del reanimador y del niño.

Antes de acercarse al paciente, el reanimador ha de verificar que ambos están en un lugar seguro. Por ejemplo, ante un accidente en carretera, la primera medida será controlar el tráfico para proteger y protegerse, antes que avisar al 112 y socorrer a las víctimas (PAS).

En cualquier accidente debemos activar el Sistema de Emergencias Médicas (SEM). Para ello recordaremos la palabra P.A.S., que está formada por las iniciales de tres actuaciones secuenciales para empezar a atender al accidentado:

- La **P.** de Proteger Antes de actuar, hemos de tener la seguridad de que tanto el accidentado como nosotros mismos estamos fuera de todo peligro. Por ejemplo, no

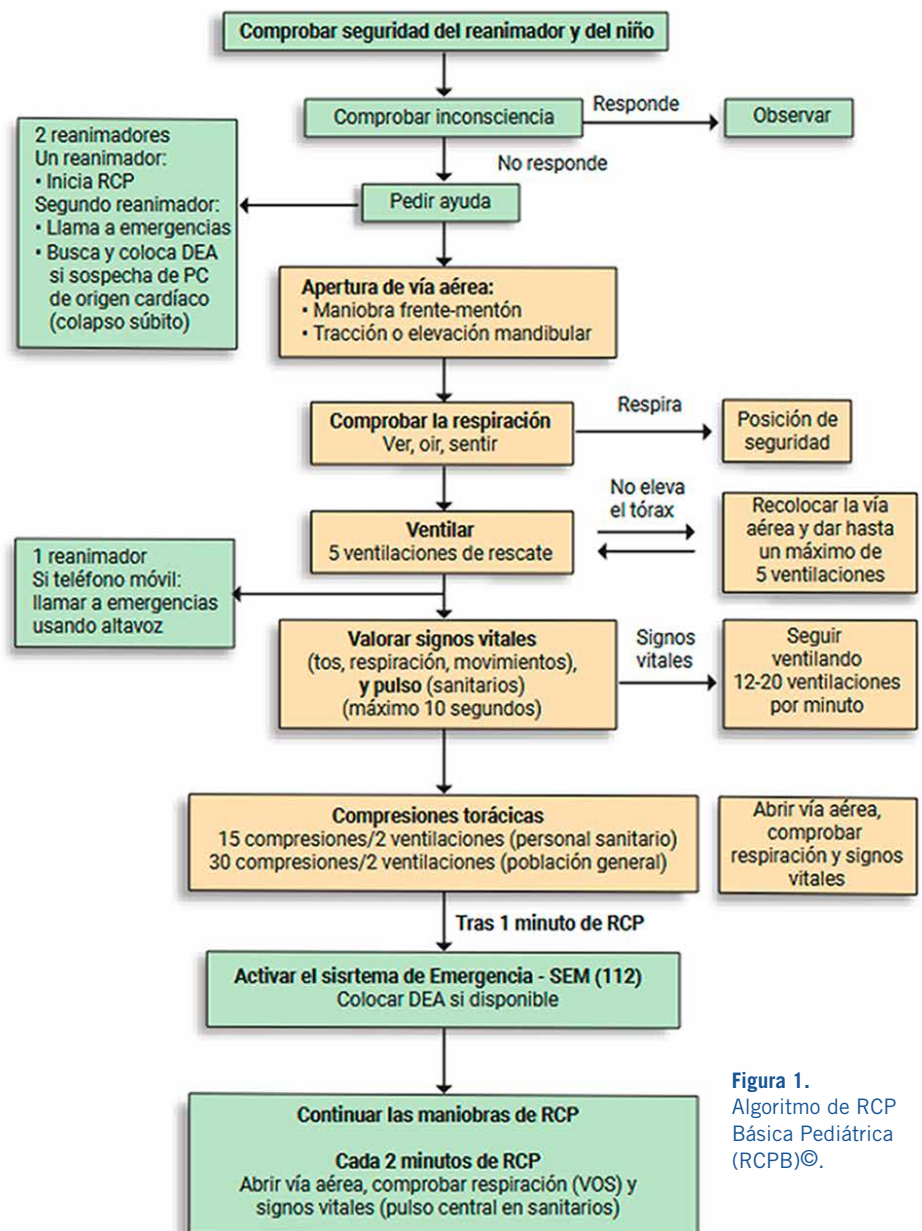


Figura 1.
 Algoritmo de RCP
 Básica Pediátrica
 (RCPB)©.



Figura 2. Comprobar la inconsciencia©.



Figura 3. Pedir ¡Ayuda! (Un solo reanimador)©.



Figura 4. Posicionar a la víctima©.

atenderemos a un electrocutado sin antes desconectar la corriente causante del accidente, pues de lo contrario nos accidentaríamos nosotros también.

- La **A.** de Avisar. Siempre que sea posible daremos aviso a los servicios sanitarios (médico, ambulancia...) de la existencia del accidente, y así activaremos el Sistema de Emergencia, para inmediatamente empezar a socorrer en espera de ayuda.
 - La **S.** de Socorrer. Una vez hemos protegido y avisado, procederemos a actuar sobre el accidentado, reconociendo sus signos vitales (Fig. 1): conciencia, respiración, pulso, siempre por este orden.
- 2. Comprobar la inconsciencia.** Se comprobará la respuesta del niño hablándole en voz alta y, si es necesario, con estímulos dolorosos (pellizcos en la cara, el tórax o el abdomen) (Fig. 2). En los niños en los que se sospeche una lesión de la columna cervical, los estímulos se harán con cuidado e inmovilizando el cuello.
- Si el niño responde al hablarle o estimularle:
 - Se le dejará en la posición en que se encuentre, siempre que no corra peligro.
 - Se comprobará su situación clínica y se pedirá ayuda si es preciso.
 - Se evaluará su estado clínico de forma periódica.
 - Si el niño no responde: Se continuará con los siguientes pasos ya detallados en el Algoritmo de RCPB pediátrica (Fig. 1).

- 3. Pedir ayuda y colocar a la víctima.** Si solo hay un reanimador, se solicitará el auxilio de las personas que pudiese haber en el entorno, gritando ¡Ayuda! (Fig. 3). En los casos en que haya más de un reanimador, uno de ellos debe llamar al Servicio de Emergencias (SEM-112) inmediatamente, nada más reconocer el estado de inconsciencia.

Se debe colocar al paciente en una posición que permita realizar las maniobras de reanimación, poniéndole sobre una superficie dura y plana, en decúbito supino, con la cabeza, cuello, tronco y extremidades alineados (Fig. 4). En el hospital, si el paciente está en una cama, deberá colocarse sobre una tabla rígida para conseguir que las compresiones torácicas sean efectivas.

Si existe sospecha de lesión a nivel cervical (accidentes de tráfico, caídas desde cierta altura, etc.), la movilización se hará protegiendo la columna cervical y si es posible, por dos reanimadores.

- 4. Abrir la vía aérea.** Un niño inconsciente es incapaz de mantener la vía aérea permeable, ya que existe una atonía de los músculos que mantienen la lengua, por lo que ésta cae hacia la orofaringe y la obstruye.

Por ello, la primera medida ha de ser la apertura de la vía aérea mediante las siguientes maniobras: Maniobra frente-mentón: Es la maniobra de elección, excepto en los que se sospeche traumatismo cervical.

Se colocará una mano abierta sobre la frente del paciente para sujetarla firmemente y mantener el cuello en posición



Figura 5. Maniobra frente-mentón en el lactante©.



Figura 6. Maniobra frente-mentón en el niño©.



Figura 7. Maniobra de tracción mandibular©.

neutra en los lactantes (Fig. 5) y extendida hacia atrás en los niños (Fig. 6). El occipucio prominente del lactante predispone a que su cuello se flexione cuando se le coloca sobre una superficie plana, por lo que hay asegurar que su cabeza se mantiene en posición neutra.

Se levantará el mentón, traccionándolo hacia arriba con las puntas de los dedos índice y medio de la otra mano, colocados debajo del ángulo mentoniano. Se debe evitar cerrar la boca o comprimir los tejidos blandos de debajo del mentón, ya que esto puede obstruir la vía aérea.

Maniobras en niños con riesgo de lesión cervical: si existe riesgo de lesión cervical, especialmente en traumatismos, el reanimador deberá evitar los movimientos de la columna cervical, no solo en la apertura de la vía aérea, sino durante el resto de la RCPB.

En estos casos no se recomienda realizar la maniobra frente-mentón por la extensión del cuello hacia atrás, sino utilizar una de las siguientes maniobras:

- **Tracción mandibular** (Fig. 7): se colocará una mano en la frente como en la maniobra frente-mentón, pero evitando la extensión del cuello. Se introducirá el dedo pulgar de la otra mano en la boca del paciente, colocándolo detrás de los incisivos centrales inferiores, mientras que los dedos índice y medio se sitúan debajo del ángulo mentoniano, formando una pinza para traccionar la mandíbula hacia arriba. Esta maniobra tiene el inconveniente de que cuando el paciente no respira espontáneamente hay que sacar el dedo pulgar para ventilar.
- **Elevación mandibular** (Fig. 8): el reanimador se situará a la cabecera del niño, colocando las manos a ambos lados



Figura 8. Maniobra de elevación mandibular©.

de su cabeza, con los dos o tres últimos dedos de ellas debajo de la mandíbula para empujarla hacia arriba. Los pulgares se situarán en cada una de las ramas de la mandíbula para mantener la boca del niño abierta. Esta maniobra tiene el inconveniente de que exige la presencia de varios reanimadores cuando el niño precisa ventilación.

Si con estas maniobras no se consigue una correcta apertura de la vía aérea y una ventilación adecuada, se realizará la maniobra frente-mentón, procurando que la extensión de la cabeza sea la menor posible, pero teniendo en cuenta que la apertura de la vía aérea es prioritaria a la prevención de la lesión cervical.

Una vez abierta la vía aérea se descartará la existencia de algún objeto en la boca que pudiera obstruirla, extrayéndolo como se explica más adelante.

5. **Comprobar la respiración** (Fig. 9). El reanimador, mientras mantiene la apertura de la vía aérea, aproximará el oído y la mejilla a la boca del niño, dirigiendo su mirada hacia el tórax para comprobar si respira mediante:

- **Vista (Ver):** si el tórax se mueve como en las respiraciones espontáneas normales.
- **Oído:** si se detecta algún ruido que indique el paso del aire por las vías respiratorias.
- **Sentir:** si nota en su mejilla el aire exhalado del paciente.

En esta comprobación no se debe invertir más de 10 segundos. Otras maniobras: en las recomendaciones de 2020 se sugiere que la población general puede valorar la existencia de respiración, observando si el paciente mueve el tórax o el abdo-



Figura 9. Maniobra para comprobar la respiración (ver, oír, sentir)©.

Figura 10. Posición lateral de seguridad (PLS)©.

men poniendo una mano sobre el mismo, aunque no hay suficientes estudios que avalen la utilidad de estas técnicas. Se pueden dar dos situaciones: que el niño esté inconsciente, pero respire espontáneamente. En este momento se debe valorar si es conveniente colocarlo en posición lateral de seguridad (PLS) (Fig. 10). Esta posición pretende evitar que, al estar el niño en decúbito supino y sin tono muscular, la lengua pueda desplazarse hacia atrás y obstruir la vía aérea y que en caso de producirse un vómito pueda dar lugar a una broncoaspiración.

No existe un lado preferente para colocar a la víctima, aunque suele recomendarse ponerlo sobre el costado izquierdo, especialmente en los pacientes intoxicados que tienen mayor riesgo de vomitar.

- 6. Ventilar (Insuflaciones-respiraciones de rescate).** Las primeras 5 insuflaciones de rescate deben ser seguidas. Las insuflaciones deben ser de 1 segundo de duración, aproximadamente. El volumen de aire insuflado debe ser el que genere una expansión del tórax del paciente similar a la de una respiración espontánea normal.

Técnicas de ventilación:

- Lactante: Boca a boca/nariz (20 ventilaciones por minuto).
- Niño: Boca a boca (12-20 ventilaciones por minuto).

Las primeras 5 insuflaciones de rescate deben ser seguidas. Las insuflaciones deben ser de 1 segundo de duración, aproximadamente. El volumen de aire insuflado debe ser el que

genere una expansión del tórax del paciente similar a la de una respiración espontánea normal.

- Al menos 2 de estas 5 insuflaciones de rescate han de ser efectivas.
- Mientras se efectúa la ventilación es fundamental mantener la apertura de la vía aérea y asegurar un buen sellado de la boca del reanimador con la boca del niño o con la boca y la nariz del lactante para evitar que se produzcan escapes de aire.
- Después de cada insuflación se debe permitir que se produzca la exhalación del aire introducido y el tórax recupere la posición inicial.

Antes de la siguiente insuflación, el reanimador debe hacer una inspiración profunda para aumentar la concentración de oxígeno de su aire espirado.

El reanimador debe comprobar que en cada insuflación se consigue la expansión del tórax. Si el tórax no se eleva después de la insuflación, se debe modificar la apertura de la vía aérea hasta conseguir una buena ventilación.

Si en ninguno de los 5 intentos de insuflaciones se consigue la expansión torácica, se debe sospechar que puede ser debido a un cuerpo extraño (véase más adelante).

Cuando solo hay un reanimador, pero se dispone de teléfono móvil, después de hacer las 5 insuflaciones de rescate se debe llamar al sistema de emergencias (112), poniendo el teléfono en modo altavoz y continuar con la RCPB mientras espera una respuesta (Fig. 11).

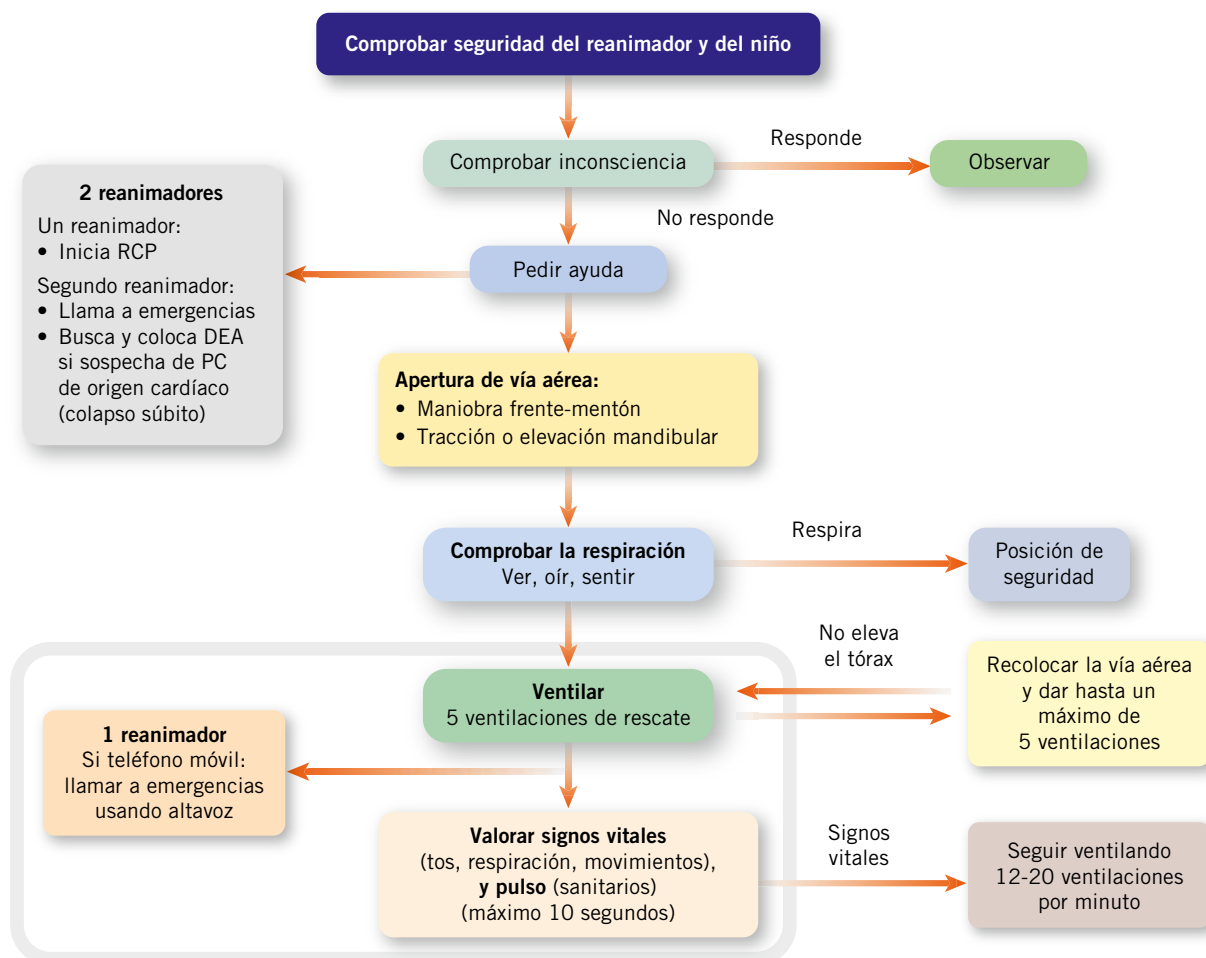


Figura 11. Momento de activación del SEM con un solo reanimador y teléfono móvil con altavoz©.



Figura 12. Técnica de masaje cardíaco en el lactante con dos dedos©.



Figura 13. Técnica de masaje cardíaco en el lactante abrazando el tórax©.

7. Comprobar signos de circulación. Se deberá buscar la existencia de signos de vitales (respiraciones normales descartando las agónicas, tos o movimientos) durante un máximo de 10 segundos. En el caso de profesionales entrenados si están seguro de poder palpar los pulsos centrales podrán tomarlo durante un tiempo máximo de 10 segundos.

8. Masaje cardíaco (compresiones torácicas). Puntos de referencia para el masaje cardíaco: Tanto en los lactantes como en los niños, se deben realizar las compresiones torácicas sobre el tercio inferior del esternón, aproximadamente un dedo por encima del apéndice xifoides.

Para realizar las compresiones torácicas se debe colocar al lactante/niño en decúbito supino sobre una superficie plana y dura.

- Si las compresiones torácicas se realizan con una sola mano, se debe mantener la otra en la frente del lactante/niño, sujetando la cabeza, para evitar los movimientos y tener que reposicionarla para volver a abrir la vía aérea.
- Punto de compresión: independientemente de la edad, el punto de compresión debe ser la mitad inferior del esternón, evitando comprimir sobre el apéndice xifoides, tanto en los lactantes como en los niños.
- Profundidad: deprimir el esternón, aproximadamente, un tercio del diámetro anteroposterior del tórax (4 cm en lactantes y 5 cm en niños).
- Frecuencia: 100 a 120 compresiones por minuto (habitualmente, dos compresiones por segundo). Han de efectuarse alrededor de 100 compresiones por minuto (cpm), por lo que el ritmo debe ser de unas 120 cpm, ya que se tienen que intercalar las ventilaciones.

Masaje cardíaco en el lactante

La compresión torácica se puede realizar:

- Con dos dedos: Esta técnica es preferible cuando hay un solo reanimador (Fig. 12).
- Abarcando el tórax con las dos manos: Cuando hay dos reanimadores (Fig. 13).

Masaje cardíaco en el niño mayor de un año

Según el tamaño del niño y la fuerza del reanimador la compresión torácica se puede realizar:

- Con una mano: Se localizará la zona de masaje colocando el talón de la mano en la parte inferior del esternón.
- Con las dos manos con los dedos entrelazados.

El reanimador se posiciona a un lado del niño y coloca el talón de una mano sobre el esternón, manteniendo los dedos elevados para que no se apoyen sobre las costillas.

El reanimador coloca sus hombros en la vertical del pecho del paciente, con el brazo extendido, y deja caer el peso de su cuerpo para deprimir el esternón. Si con una mano no se consigue una depresión torácica adecuada, o en los niños mayores, se debe realizar el masaje con las dos manos, entrelazando los dedos de ambas para que no se apoyen sobre las costillas.

Relación compresión-descompresión: tras cada compresión hay que dejar que el tórax vuelva a su posición normal (descompresión), sin retirar los dedos o la mano del lugar de compresión. La compresión debe durar aproximadamente el 50% del ciclo compresión-descompresión.

9. Relación masaje cardíaco-ventilación. La relación compresiones/ventilaciones recomendada para lactantes/niños de cualquier edad es de 15:2. En el caso de que el reanimador se encuentre solo puede utilizar la relación 30:2 del adulto para evitar los cambios frecuentes entre respiraciones y compresiones. Esta misma relación 30:2 es la misma que se recomienda para el personal no sanitario (población general).

10. Activar el sistema de emergencias (SEM). Un solo reanimador.

Existen tres supuestos (Tabla I):

- Si hay un solo reanimador y no tiene teléfono móvil, realizará la RCPB durante un minuto y después podrá desplazarse a solicitar ayuda o conseguir un teléfono para llamar al sistema de emergencias médicas (SEM), pero nunca debe abandonar al niño durante más de un minuto.

Tabla I. Momento de activación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)

Número de reanimadores	Supuesto	Actitud a tomar
Un reanimador	Móvil no disponible	1 minuto de RCPB y luego activación del SEM
Un reanimador	Móvil disponible	Tras 5 ventilaciones de rescate, activar SEM
Un reanimador	Colapso súbito	Activación del SEM y luego RCPB
Dos reanimadores	Cualquier situación	Un reanimador inicia la RCPB; el otro activa el SEM y vuelve a colaborar en la RCPB

- b. Si hay un solo reanimador y tiene un teléfono móvil con llamada de manos libres, se recomienda que lo ponga en el modo de altavoz y tras realizar 5 insuflaciones de rescate, pida ayuda al SEM mientras continúa con la RCPB (Fig. 1).
- c. Solamente en el caso en que el reanimador observe que el niño presenta una pérdida brusca de consciencia, y que por sus antecedentes sospeche que puede ser de origen cardíaco, es recomendable que llame primero al SEM e inmediatamente después inicie la RCPB.

Dos reanimadores (Tabla I): Si hay dos reanimadores, uno de ellos tras comprobarse la inconsciencia, iniciará inmediatamente la RCPB mientras el otro activará el SEM, volviendo cuanto antes a colaborar en la RCPB.

11. Comprobación de la eficacia de la reanimación.

Cada dos minutos deben suspenderse brevemente las maniobras de RCPB para comprobar si ha recuperado el pulso o los signos vitales. De ser así, se comprobará si también ha recuperado la respiración espontánea.

Si el niño no ha recuperado los signos de circulación, no se perderá el tiempo en evaluar si hay respiración. Si es necesario se aprovechará este momento para hacer el intercambio de los reanimadores.

12. Duración de la reanimación.

Se debe continuar con las maniobras de RCPB hasta que:

- El niño recupere la circulación y respiración espontáneas.
- Llegue un equipo más cualificado que continúe con la RCPB.
- El reanimador esté agotado o exista peligro para su integridad física.
- Generalmente, se considera que 30 minutos de RCPB suele ser un tiempo suficiente, pero la decisión de suspender la RCPB depende siempre del criterio de los reanimadores.

Obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE)

La obstrucción de la vía respiratoria por cuerpos extraños causa miles de muertes al año y afecta, sobre todo, a ancianos y niños.

Cuando un objeto (sólido o líquido) pasa a la vía aérea, el organismo reacciona rápidamente de forma automática, e intenta expulsarlo con la tos. Es lo que se conoce como atragantamiento. Solamente los objetos sólidos (trozos de alimentos, frutos secos,

globos o piezas de juguetes) son capaces de obstruir totalmente la vía aérea, impidiendo la entrada y salida del aire y produciendo asfixia. Si estos objetos, (cuerpos extraños) no son desalojados rápidamente de la vía aérea, pueden producir una PCR.

Si no hay testigos, se puede sospechar una OVACE cuando un niño sin patología respiratoria previa, coincidiendo con la comida o mientras manipula objetos pequeños, presenta de forma súbita tos, estridor, agitación, dificultad respiratoria o cianosis, o si en el niño que está inconsciente y no respira al abrir la vía aérea y ventilar no se logra expandir el tórax en las 5 respiraciones de rescate.

Si se tiene la sospecha o la certeza de que el niño sufre una OVACE, se deben realizar inmediatamente las maniobras de desobstrucción.

Las maniobras serán diferentes, dependiendo de si la víctima es capaz de toser de forma efectiva o no, de si está consciente o inconsciente y de si se trata de un lactante o de un niño (Fig. 14).

Se pueden producir tres situaciones: a. Niño consciente con tos y respiración efectivas; b. Niño consciente con tos no efectiva; y c. Niño inconsciente.

- a. **Niño consciente con tos y respiración efectivas:** Si el niño tose de forma efectiva (tose fuerte, sigue llorando o habla) no es necesario realizar ninguna maniobra. Se debe incorporar al niño, tranquilizarle y animarle a que siga tosiendo, ya que la tos es el mecanismo más efectivo para la desobstrucción de la vía aérea. Se observará estrechamente al niño, vigilando si expulsa el cuerpo extraño y mejora la respiración o, por el contrario, si la tos se hace inefectiva, deja de respirar o se deteriora el estado de conciencia.
- b. **Niño consciente con tos no efectiva:** El niño está consciente, pero la tos es muy débil o inaudible y se pone cianótico. El niño mayor que se asfixia puede agarrarse el cuello con una mano, que es lo que se conoce como el signo universal de atragantamiento.

Ante esta situación se ha de seguir la siguiente sistemática de actuación:

1. Pedir ayuda: se debe solicitar rápidamente auxilio al entorno para que alguien llame al SEM.
2. Examinar la boca y eliminar cualquier cuerpo extraño visible: la extracción del cuerpo extraño solo se efectuará si este es fácil de ver y sacar. Nunca se debe intentar la extracción manual a ciegas por el riesgo de empujar el cuerpo extraño hacia el interior de la vía aérea y provocar una obstrucción aún mayor. Si el objeto es claramente visible y está accesible, se intentará sacar mediante la “maniobra de gancho”, que consiste introducir un dedo (índice o meñique dependiendo del tamaño de la boca del paciente) flexionado en forma de gancho, por el lateral de la boca, haciendo después un movimiento de barrido para sacar el cuerpo extraño.
3. Maniobras de desobstrucción específicas para el lactante o el niño (Fig. 15):
 - a. Lactante:

- 1º Dar 5 golpes en la espalda: se colocará al lactante boca abajo sobre el antebrazo del reanimador extendido e inclinado hacia el suelo, que a su vez se puede apoyar sobre el muslo poniéndose en cuclillas, de rodillas o sentado en una silla. La cabeza del lactante estará más baja que el tronco, lo que favorece la expulsión del cuerpo extraño. Se suje-

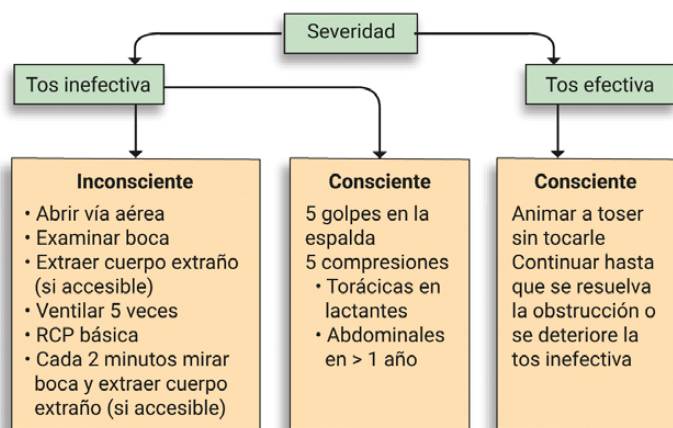


Figura 14. Algoritmo de desobstrucción de la vía aérea en lactantes y niños©.

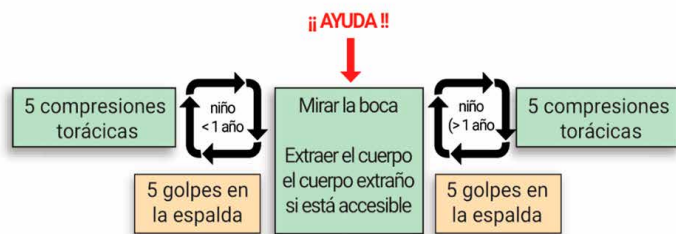


Figura 15. Algoritmo de desobstrucción de la vía aérea en lactantes y niños conscientes con tos no efectiva®.

tará la cara con la mano, colocando el pulgar en uno de los ángulos de la mandíbula y el índice en el ángulo contralateral, manteniendo alineados la cabeza-cuello-tronco y la boca abierta.

Una vez colocado se darán cinco golpes con el talón de la otra mano en la zona interescapular, debiendo ser estos golpes rápidos y moderadamente fuertes. Tras estos 5 golpes, se sujetará la cabeza y cuerpo del lactante y se le dará un giro de 180° para que descansa en el otro antebrazo, quedando en posición boca arriba.

2° Dar 5 compresiones en el tórax: se darán 5 compresiones en el tórax con los dedos índice y medio, hacia dentro y la cabeza, en el mismo punto donde se dan las compresiones cardíacas, pero más fuertes y lentas. En el lactante están desaconsejadas las compresiones en la región abdominal por riesgo de daño de vísceras abdominales (hígado, bazo).

3° Después de cada ciclo de 5 golpes en la espalda y 5 compresiones torácicas, se debe reevaluar el estado del lactante, ver si permanece consciente, si respira o tose y si el objeto está accesible. Si el lactante continúa en la misma situación, se repetirán las maniobras.

b. Niño: La principal diferencia con el lactante es la sustitución de las compresiones torácicas por compresiones abdominales:

1° Dar 5 golpes en la espalda: con el niño en bipedestación o sentado y ligeramente inclinado hacia delante, se le dan 5 golpes en la región interescapular.

2° Hacer 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich): colocándose el reanimador de pie o de rodillas por detrás del niño, lo sujetará pasando los brazos por debajo de las axilas, abrazando su torso. Se colocará la mano derecha con el puño cerrado y con el pulgar flexionado dentro de él en la línea media del epigastrio entre el ombligo y el xifoides. Con la otra mano se agarrará el puño y realizará un movimiento de presión dirigido hacia atrás y arriba, repitiendo esta maniobra 5 veces consecutivas. Este movimiento debe realizarse con fuerza y brusquedad, con el fin de aumentar la presión intratorácica y movilizar el cuerpo extraño.

3° Después de cada ciclo de 5 golpes en la espalda y 5 compresiones abdominales, se debe reevaluar el estado del niño, ver si está consciente, si respira o tose y si el objeto está accesible. Si el niño continúa en la misma situación, se repetirán los ciclos de 5 golpes en la espalda y 5 compresiones abdominales, hasta que empiece a toser o respirar o, por el contrario, pierda la conciencia.

Es muy importante tener en cuenta que el objetivo fundamental de las maniobras de desobstrucción no es expulsar el cuerpo extraño sino desplazarlo hasta conseguir una respiración adecuada. Si el niño recupera una respiración efectiva no hay que continuar las maniobras de desobstrucción, aunque el cuerpo extraño no se haya expulsado. Por otra parte, aunque se haya logrado la expulsión del cuerpo extraño, se debe valorar el estado del niño, ya que en ocasiones pueden quedar restos del cuerpo extraño o que las maniobras de expulsión hayan causado algún tipo de lesión. Por esta razón todos los niños que han sufrido una OVACE deben ser posteriormente examinados por un médico.

c. **Niño inconsciente:** Si el lactante o el niño pierden la conciencia se actuará como si estuvieran en PCR, utilizando el mismo algoritmo en el lactante y el niño (Fig. 16):

1° Pedir ayuda y posicionar a la víctima.

2° Abrir la vía aérea, observar si existe cuerpo extraño e intentar eliminarlo si está accesible.

3° Comprobar si respira.

4° Si no respira se realizarán 5 insuflaciones de rescate comprobando si expande el tórax:

a. Si el tórax se expande no existe una obstrucción completa de la vía aérea. Se comprobarán entonces los signos de circulación y/o el pulso, y si no existen, se continuará con la RCPB (compresiones torácicas y ventilación).

b. Si el tórax no se expande, se realizarán compresiones torácicas sin valorar los signos de circulación (15 el personal sanitario y 30 la población general). Estas compresiones torácicas sirven tanto como masaje cardíaco como para movilizar el cuerpo extraño, al aumentar la presión intratorácica. A continuación, se realizarán dos ventilaciones y se seguirá con la secuencia de masaje y ventilación (30/2 o 15/2 según los casos). Mientras no se consiga ventilar, no se perderá el tiempo en comprobar si el paciente tiene signos de circulación.

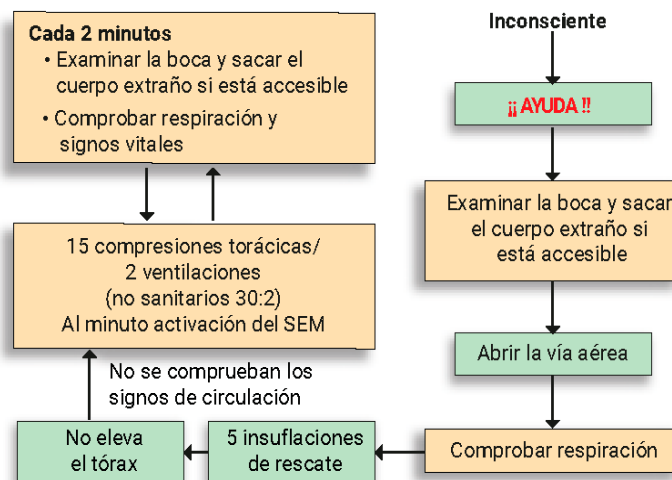


Figura 16. Algoritmo de desobstrucción de la vía aérea en lactantes y niños inconscientes®.

- 5° Al minuto, se activará el SEM si todavía no se había hecho.
- 6° Cada dos minutos se examinará la boca para ver si existe cuerpo extraño y se comprobará la respiración y la presencia de signos vitales.

Si en algún momento se comprueba que el paciente respira o que las insuflaciones expanden el tórax, es señal de que la vía aérea se ha repermeabilizado, por lo que si sigue inconsciente, se seguirá la secuencia de la RCPB, incluyendo la comprobación de los signos de circulación.

Dispositivos de desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño

En los últimos años se han comercializado varios dispositivos de succión portátiles para desobstrucción de la vía aérea, que constan de una mascarilla facial conectada a un dispositivo que genera una fuerte presión negativa en las vías aéreas superiores. Sin embargo, en el momento actual, no hay ninguna experiencia clínica que haya demostrado su eficacia en los niños y, por tanto, no son recomendados en la OVACE en niños (ver anexo sobre informe de Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar).

Complicaciones de las maniobras de desobstrucción

Las maniobras de desobstrucción de la vía aérea pueden producir complicaciones que son poco frecuentes, como lesiones del estómago, esófago, yeyuno o aspiración traqueal tras vómito. No obstante, el riesgo de producir lesiones es claramente inferior al beneficio de poder acabar con el atragantamiento y el riesgo de muerte.

Nota: todas las figuras mostradas anteriormente en este artículo son propiedad del ©2022, Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (Registro legal M-9296-2022).

Comunicado CERCP acerca de los nuevos dispositivos publicitados para la desobstrucción de la vía aérea

Con motivo de la reciente aparición de varios dispositivos que se están publicitando como útiles para realizar la desobstrucción de la vía aérea en los atragantamientos, y ante las consultas recibidas en el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP) a propósito de la utilidad de estos dispositivos, el CERCP quiere manifestar que:

El atragantamiento es un accidente que consiste en la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, que generalmente puede ser un alimento o cualquier objeto sólido, y en los niños habitualmente también pequeñas piezas de juguetes.

Este objeto o alimento obstruye la entrada de aire en la garganta de la víctima, provocando un cuadro repentino de asfixia que, si no se resuelve en pocos minutos, de manera espontánea o con ayuda externa, conduce a una disminución muy importante de oxígeno en la sangre, que provoca una pérdida del conocimiento y que llevará a una situación de parada cardiorrespiratoria y muerte cerebral si no se consigue resolver el episodio (Fig. 17).

La SEORL (Sociedad Española de Otorrinolaringología) ha comunicado un total de 2.336 personas fallecidas por esta causa en España, de los cuales 2.212 personas tenían una edad por encima de 65 años y el resto de los 124 pacientes entre los



Figura 17.

2-4 años. Las personas ancianas suelen tener problemas para tragar alimentos sólidos e incluso líquidos, esto se llama disfagia y suele estar asociado a diferentes enfermedades como las demencias, accidentes cerebrovasculares, Parkinson, etc. y pueden producir un atragantamiento.

A lo largo de los años, se han descrito diferentes maniobras para desobstruir de la vía aérea por un atragantamiento. Desde 1933 la Cruz Roja Americana recomendaba los golpes en la espalda (interescapulares) en caso de atragantamiento. Hacia 1970, técnicas como los golpes interescapulares y las compresiones torácicas, fueron recomendadas por la "Cruz Roja Americana" y la "American Heart Association" (Asociación Americana del Corazón) para solventar el problema del atragantamiento. En 1974 se publica la maniobra de Heimlich, consistente en la compresión abdominal del paciente para conseguir expulsar el objeto extraño, conociéndose en la actualidad como "compresiones abdominales".

En la actualidad, las guías internacionales Americanas y Europeas para la desobstrucción de la vía aérea, recomiendan tanto en adultos como en niños mayores de un año de edad, para los casos de obstrucciones graves o completas en el paciente consciente la maniobra de 5 golpes interescapulares y 5 compresiones abdominales, mientras que en las obstrucciones incompletas (con tos eficaz) se recomienda estimular a que el paciente tosa (Fig. 18).

Este tipo de maniobra no está exenta de posibles complicaciones, y aunque son poco frecuentes, están descritas algunas, como lesiones traumáticas de estómago, esófago, yeyuno, contusiones mesentéricas, aspiración traqueal tras vómito, etc. No obstante, el riesgo de producir potenciales escasas lesiones se ve claramente superado por el amplísimo beneficio de poder acabar con el atragantamiento.

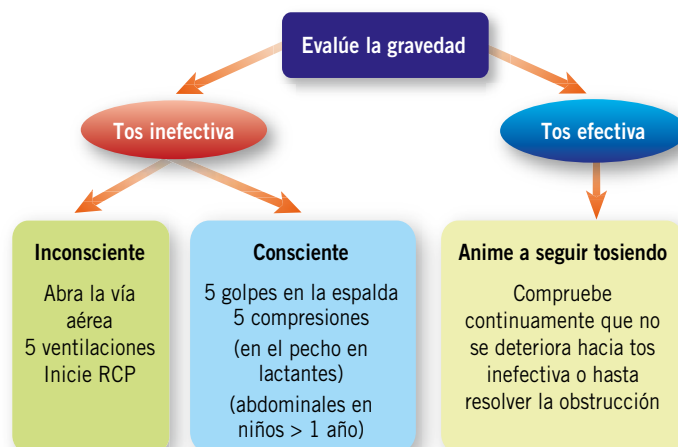


Figura 18.

Dispositivos antiatragantamiento

En los últimos años, hemos asistido a la implementación y salida al mercado de varios de ellos. En la actualidad, en el mercado español existen 2 dispositivos:

- Lifevac.
- Dechoker.

Lifevac (Fig. 19)

Consiste en una máscara parecida a las mascarillas de ventilación que se utilizan habitualmente, y que permite el sellado a la cara.

Un segundo componente de este dispositivo es un generador de succión parecido a un émbolo. Es parecido a un “desatascador” que origina una aspiración al comprimirla. La conexión entre los dos componentes dispone de una válvula unidireccional que controla la dirección de la presión del flujo de aire hacia el exterior e impide que el cuerpo extraño se desplace hacia abajo.

Respecto a las experiencias publicadas en la bibliografía médica internacional acerca del uso de éste dispositivo, solo hay publicados algunos ensayos a nivel experimental en animales, en cadáveres y en modelos de simulación con maniquíes. Se han referenciado una serie escasa de empleo anecdótico de este dispositivo en personas vivas, que no son concluyentes para afirmar su efectividad y sobre todo su seguridad de uso y posibles efectos perjudiciales para el paciente en las estructuras faringolaringeas o en los pulmones.

Dechoker (Fig. 20)

Este dispositivo consta de una mascarilla para sellado de boca y nariz. Tiene un tubo que se coloca encima de la lengua y todo ello va unido a un cilindro con un émbolo para la aspiración.

Hay dispositivos para niños a partir de 12 meses y otros dos modelos más según edad y tamaño.



Figura 20.

No hemos encontrado ninguna referencia en la literatura de este dispositivo, ni sabemos qué tipo ni intensidad de succión realiza.

Ambos dispositivos están registrados en la FDA (agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable entre otros, de la regulación de medicamentos y material de uso sanitario) como un dispositivo de succión.

Conclusiones

Tras analizar la escasa bibliografía médica disponible en la actualidad, acerca de la indicación y seguridad de uso de estos dispositivos en los atragantamientos y teniendo en cuenta las altas presiones de succión que se han detectado, que podrían ser dañinas para el paciente, especialmente para el niño, el CERCOP recomienda seguir actuando ante los atragantamientos

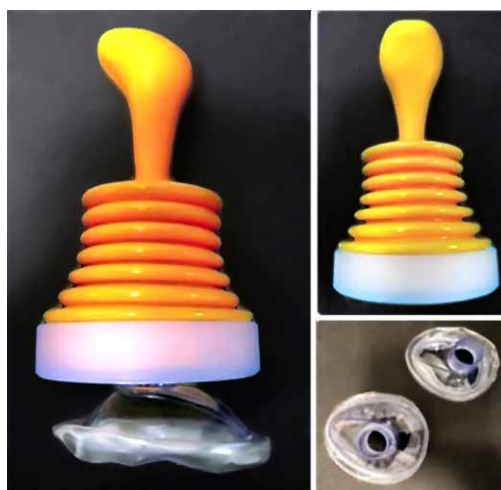


Figura 19.

tal y como indican las recomendaciones internacionales mediante la tos, golpes en la espalda y compresiones abdominales.

Es necesario disponer en el futuro de más estudios para poder concluir que el uso de estos dispositivos es eficaz y seguro para los pacientes y que sea incorporado a las Guías internacionales como un método para utilizar en los atragantamientos.

Bibliografía

Calvo C, Manrique I, Rodríguez-Núñez A, et al. Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal (5ª edición). Madrid: Publimed; 2006. p. 59-78.

Cheng J, Liu B, Farjat AE, Routh J. National estimations of airway foreign bodies in children in the United States, 2000 to 2009. Clin Otolaryngol. 2019; 44: 235-9.

Dunne CL, Peden AE, Queiroga AC, et al. A systematic review on the effectiveness of anti-choking 69 suction devices and identification of research gaps. Resuscitation. 2020; 153: 219-26.

Kellett S, Orzechowska I, Thomas K, et al. The landscape of paediatric in hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. Resuscitation. 2020; 155: 165-71.

López-Herce J, Del Castillo J, Matamoros M, et al. Iberoamerican Pediatric Cardiac Arrest Study Network RIBEPICI Factors associated with mortality in pediatric in-hospital cardiac arrest: A prospective multicenter multinational observational study. Intensive Care Med. 2013; 39: 309-318.

López-Herce J, Manrique I, Calvo C, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica y líneas de desarrollo en España. An Pediatr (Engl Ed) 2021; S1695-4033(21)00208-3.

López-Herce J, Rodríguez-Núñez A, Maconochie I, et al. Grupo Pediátrico del Consejo ERC. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Actualización de las recomendaciones internacionales de reanimación cardiopulmonar pediátrica (RCP): recomendaciones europeas de RCP pediátrica. Emergencias. 2017; 29: 266-81.

Maconochie IK, Aickin R, Hazinski MF, et al. Pediatric Life Support Collaborators. Resuscitation. 2020; 156: A120-A155.

Rodríguez-Núñez A, Iglesias V. Desfibrilación semiautomática en niños. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 5a edición. Madrid: Publimed, 2006: 141-6.

Rodríguez-Ruiz E, Abelairas-Gómez C, Barcala-Furelos R. Foreign body airway obstruction and anti-choking suction devices. Time to step forward. Resuscitation. 2020; 157: 133-4.

Topjian AA, Raymond TT, Atkins D. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2020; 142: S469-S523.

Van de Voorde P, de Lucas N. A “foreign body” in the “foreign body airway obstruction” algorithm. Resuscitation. 2020; 153: 258-9.

Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. Resuscitation. 2021; 161: 327-87.

Yang D, Kim KH, Oh JH, et al. Development and evaluation of a new chest compression technique for Cardiopulmonary resuscitation in infant. Pediatr Cardiol. 2019; 40: 1217-23.

Niños que se cronifican en la consulta de Atención Primaria. Importancia del sueño

Grupo de Sueño de la SEPEAP

Teresa de la Calle Cabrera⁽¹⁾, Ramona Mínguez Verdejo⁽²⁾, Gonzalo Pin Arboledas⁽³⁾, Inés Hidalgo Vicario⁽⁴⁾, Cleofé Ferrández Gomáriz⁽⁵⁾, Amalia Lluch Rosello⁽⁶⁾, Silvia Sarabia Vicente⁽⁷⁾, Mireia Pla Rodríguez⁽⁸⁾, Lucía Monfort Belenguer⁽⁹⁾

⁽¹⁾Pediatra. Área Centro de Salud Tamames. Salamanca. ⁽²⁾Pediatra. Centro de Salud Algemesí. Valencia. ⁽³⁾Coordinador Unidad de Sueño. Hospital Quironsalud Valencia. Valencia. ⁽⁴⁾Pediatra. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. ⁽⁵⁾Pediatra. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. ⁽⁶⁾Pediatra emérita de Atención Primaria. Valencia. ⁽⁷⁾Médico Adjunto. Policlínico Médico Pasarela. Valencia. ⁽⁸⁾Adjunta de Pediatría. Hospital Comarcal Inca. Mallorca. ⁽⁹⁾Neuróloga Pediátrica. Hospital Quirón Salud. Valencia

Introducción

El niño con patología crónica supone un reto para el pediatra de Atención Primaria, tanto por la importancia de su seguimiento y manejo adecuado, habitualmente precisando una adecuada conexión con otros especialistas, como por el consumo de tiempo y recursos que supone, en una consulta ya de por sí siempre sobrecargada.

Sin embargo, la buena evolución de estos niños depende muchas veces de que el pediatra de Atención Primaria pueda ser la figura de referencia que le atienda como “un todo”, aunando las diferentes recomendaciones de los médicos hospitalarios. Esto es fundamental sobre todo en aquellos casos en que son varios los “especialistas” que le atienden.

Una de las bases para un correcto seguimiento del niño crónico es el despistaje y diagnóstico de comorbilidades. En este aspecto, es fundamental indagar por el sueño del niño, su calidad y sus características, buscando alteraciones de forma

activa. Los trastornos del sueño son muy frecuentes en la población infantil general pero aún más en los niños con patologías de base, por lo que creemos justificado que en las revisiones de estos niños se dediquen unos minutos a buscar problemas o trastornos del sueño.

El sueño, en un contexto de un niño con una enfermedad crónica, normalmente se infravalora, perdiendo importancia tanto para la familia como para el médico en relación al resto de patologías. Sin embargo, un trastorno de sueño puede alterar profundamente la calidad de vida de ese niño y de su familia, sumándose a las otras causas. Por otra parte, el déficit de sueño o un sueño de mala calidad puede influir en la evolución o el seguimiento de una patología, impidiendo que el resto de las medidas terapéuticas aplicadas obtengan todo el beneficio esperado en el bienestar del paciente. En este curso se refuerza la importancia del sueño en el seguimiento del paciente crónico en la consulta de Atención Primaria, y se revisarán algunas de

Hora	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	puntos
Lunes			↓												↑						↓		↑		
Martes																									
Miércoles																									
Jueves																									
Viernes																									
Sábado																									
Domingo																									
Lunes																									
Martes																									
Miércoles																									
Jueves																									
Viernes																									
Sábado																									
Domingo																									
Lunes																									

Figura 1. Agenda/diario de sueño en menores de 5 años. Pinte una ↓ cuando inicie el sueño y una ↑ cuando se levante. Tanto en el sueño de noche como durante las siestas. Obscurezca el área del cuadro que corresponde al tiempo en que su hijo está durmiendo. Deje en blanco el área del cuadro que corresponde al tiempo en el que está despierto/a. Ponga una “X” cuando realice alguna conducta que le llame la atención durante el sueño (llanto, movimientos, ronquidos...). Muy importante ponga una “A” cuando lo esté alimentando incluso si lo hace como parte de la rutina del sueño y una “C” si comparten lecho. En la última columna puntúe de 0 a 5 la calidad de la noche (0 = muy mala noche).

Fecha/Inicio		Nombre																Edad									
		19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Lunes	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Martes	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Miércoles	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Jueves	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Viernes	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Sábado	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Domingo	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Lunes	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Martes	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Miércoles	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Jueves	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Viernes	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Sábado	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										
Domingo	Vigilia/Sueño																										
	Tecnología																										
	Actividad																										

Cedido por el Dr. Gonzalo Pin. UPIQ. Hospital Quirónsalud. Valencia

Figura 2. Agenda/diario sueño en mayores de 5 años. En esta agenda cada ítem se colorea de un color distinto (p. ej.: vigilia/sueño en verde, tecnología en rojo y actividad en azul).

los trastornos del sueño frente al que el pediatra debe hacer búsqueda activa.

Agendas o diarios de sueño

Una de las herramientas fundamentales que debe manejar el pediatra de AP en su práctica diaria a la hora de estudiar el sueño de los pacientes es la agenda o diario de sueño (Figs. 1 y 2). Consiste en el autorregistro del sueño durante todo el día. Es fundamental que el pediatra adquiera destreza tanto al explicar a los padres a cumplimentarla, como al interpretarla¹.

Debe realizarse durante 15 días para que proporcione información que incluya el fin de semana. El registro del sueño debe incluir todo el día, incluidas las siestas. Es preferible que sea libre (el niño se va a dormir cuando tiene sueño y se despierta espontáneamente)¹.

Las agendas/diarios de sueño deben de ser sencillas, fáciles de realizar por los familiares o tutores del niño y cumplimentarse diariamente.

El grupo de sueño de la SEPEAP ha elaborado un esquema (Fig. 3) para la valoración de la agenda/diario de sueño en Pediatría.

Si el niño es mayor de 5 años, puede ser útil utilizar una agenda que además de recoger el sueño, valore también las horas y el horario del día que el niño dedica a actividad física y a pantallas o tecnología, por la influencia que pueden tener estas dos variables sobre los horarios de sueño. En esta agenda (Fig. 2) cada ítem se colorea de un color distinto (ejemplo vigilia/sueño en verde, actividad en azul y tecnología en rojo).

La figura 3 muestra una tabla que facilita la interpretación de la agenda de sueño ya cumplimentada.

Síndrome de retraso de fase

Es el trastorno del ritmo circadiano que con más frecuencia podemos ver en la adolescencia. Al igual que otros trastornos del ritmo circadiano, el SRF ocurre por un fallo en la sincronización de los ritmos circadianos internos y el ciclo luz/oscuridad como agente externo². La fisiopatología del SRF es heterogénea

con la influencia de múltiples factores tanto endógenos como exógenos (posiblemente influyan también factores genéticos pero la evidencia aún es limitada).

Como hemos comentado está presente ante todo en adultos jóvenes y adolescentes, afectando a ambos sexos por igual y aunque la prevalencia familiar no ha sido claramente establecida, sí suele haber otros miembros de la familia que están afectados.

Las personas que tienen un SRF tienen un fenotipo “búho” mucho más marcado. Suelen tener horarios de ir a dormir y de levantarse por la mañana que son significativamente más tardíos que los tiempos convencionales o deseados. Estas alteraciones en el ritmo del sueño, hacen que sea más complicado el seguir con las actividades tanto a nivel personal como profesional. Cuando las personas con un SRF tienen la oportunidad de dormir, su patrón de sueño es normal, pero siguen acostándose tarde y levantándose tarde.

Aunque durante la adolescencia hay un cierto componente de SRF, las personas en las que hay un verdadero diagnóstico, esta situación les genera una imposibilidad de cumplir con sus obligaciones personales. Estos horarios de sueño, los lleva a tener un déficit crónico de sueño, con sus correspondientes complicaciones: problemas de comportamiento y de aprendizaje, dificultades a nivel social y una mayor tendencia a cuadros depresivos, entre otros³.

Para el diagnóstico de esta patología, que es eminentemente clínico, es muy importante el hacer una buena anamnesis e historia clínica, lo cual, junto con la realización de una agenda de sueño y si es posible, una actigrafía, nos permitirá confirmar nuestra sospecha⁴.

Criterios diagnósticos

La tabla I muestra los criterios diagnósticos del SRF.

Diagnóstico diferencial (Fig. 4)

Incluye una variedad de causas alternativas que supongan un impedimento para una adecuada conciliación de sueño. Unas de las primeras patologías que debemos tener en cuenta son la

	VALORACIÓN AGENDA DE SUEÑO PEDIÁTRICA	SÍ	NO
1	Latencia sueño >30 m (al menos el 30% de los días)		
2	Regularidad inicio sueño nocturno (más del 70% de los días)		
3	Regularidad inicio sueño de siestas (más del 70% de los días)		
4	Regularidad despertar matinal (más del 70% de los días)		
5	Regularidad despertar siestas (más del 70% de los días)		
6	Siestas posteriores a las 17 h 30 (más del 30% de los días)		
7	Presencia de más de 3 despertares/día + 3 días/semana		
8	Vigilia intrasueño de al menos 60 m (al menos el 30% de los días)		
9	Horas de sueño: > pc 97 o < pc 3 para su edad		
	INTERPRETACIÓN:		
	Una respuesta positiva a 1, 6, 7, 8, 9: investigación/tratamiento		
	Una respuesta negativa a 2, 3, 4, 5: investigación/tratamiento		
	Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón Valencia. Dr. G. Pin		

Figura 3. Valoración agenda/diario de sueño pediátrica.

Tabla I. Criterios diagnósticos en el síndrome de retraso de fase

- A. Hay un retraso significativo en la fase de episodio de sueño más largo en relación al tiempo de sueño deseado o requerido y el tiempo de despertar, como lo evidencia una queja crónica o recurrente por parte del paciente o un cuidador de la incapacidad para dormir y la dificultad para despertar a la hora deseada o requerida
- B. Los síntomas están presentes, al menos 3 meses
- C. Cuando a los pacientes se les permite mantener su horario libremente, presentan mejor calidad de sueño y duración para la edad mantienen un patrón de sueño-vigilia de 24 horas en fase retardada
- D. El registro de sueño (agenda), siempre que sea posible, la monitorización mediante actigrafía durante al menos, siete días (preferiblemente 14), demuestra un retraso en el momento del período habitual de sueño, incluyendo tanto los días de trabajo / escolar como los días libres, que también deben incluirse en el registro
- E. La alteración del sueño no se explica mejor por: otro trastorno de sueño actual, un desorden médico o neurológico, un trastorno mental, un medicamento o un trastorno por uso de sustancias

Los cuestionarios de cronotipo estandarizados son herramientas útiles para evaluar el cronotipo matutino o vespertino

La demostración de un retraso en la sincronización de otros ritmos circadianos, como la melatonina (medida por el inicio de la melatonina con luz tenue [*dim light melatonin onset*], o la 6 sulfatoximetilamina urinaria muestreada durante un período de 24 horas) o la temperatura corporal es deseable para confirmar retraso de fase

Tomado de: American Academy of Sleep Medicine. *The International Classification of Sleep Disorders*. 3rd ed. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine. 2014; 190. 23.

depresión y la ansiedad, que en muchas ocasiones se manifiestan como una queja en cuanto a la calidad del sueño por parte de los pacientes, así como una inadecuada higiene de sueño y el insomnio.

En la mayor parte de las ocasiones, solo haciendo una buena anamnesis podremos hacer un diagnóstico de manera adecuada, pero a la vez, vamos a tener que tratar varias patologías de manera simultánea.

Algoritmo. Diagrama para el diagnóstico diferencial del síndrome de retraso de fase (SRF)

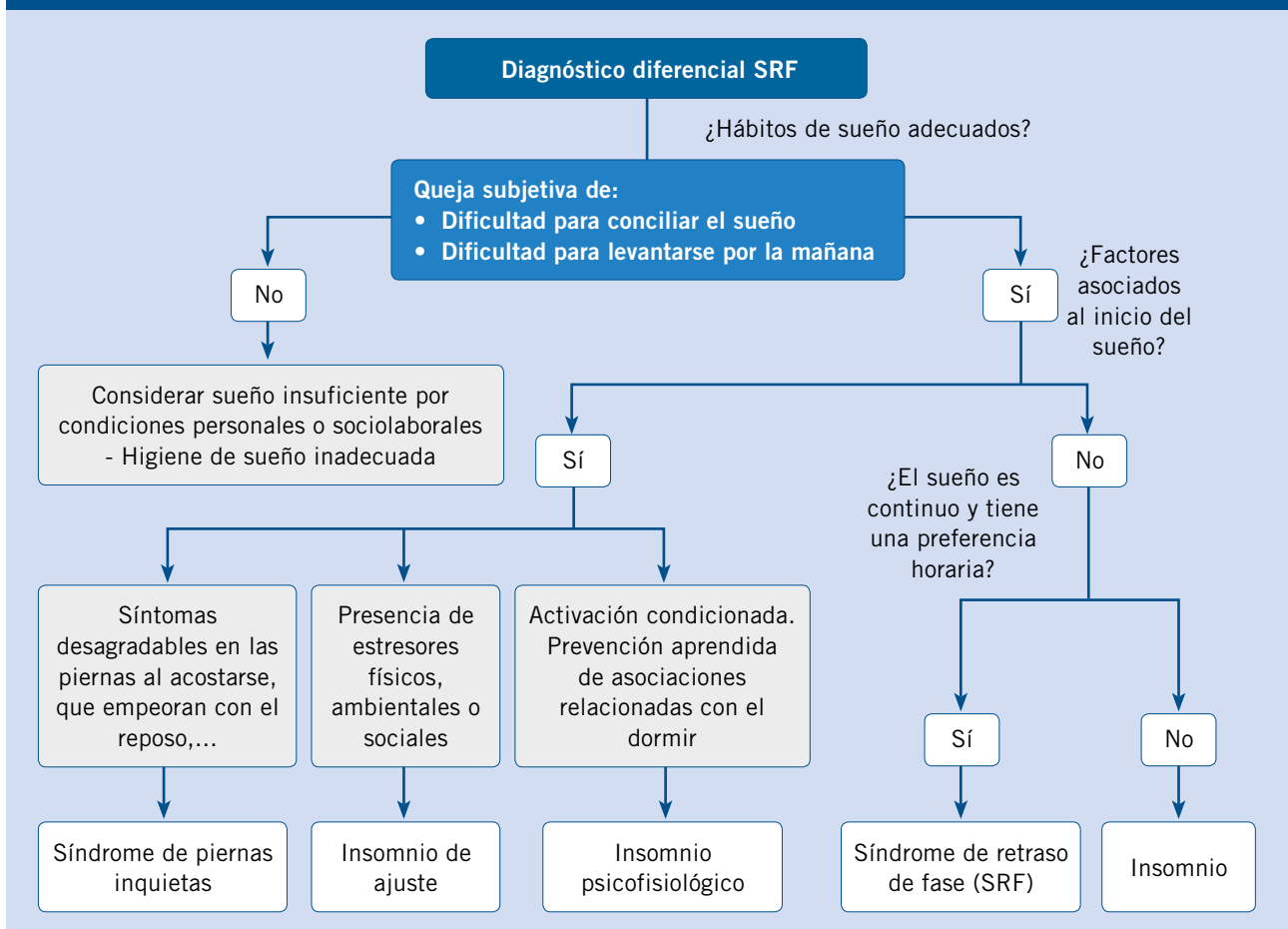


Figura 4. Tomado de: *Pediatr Integral*. 2018; XXII (8): 385-395.

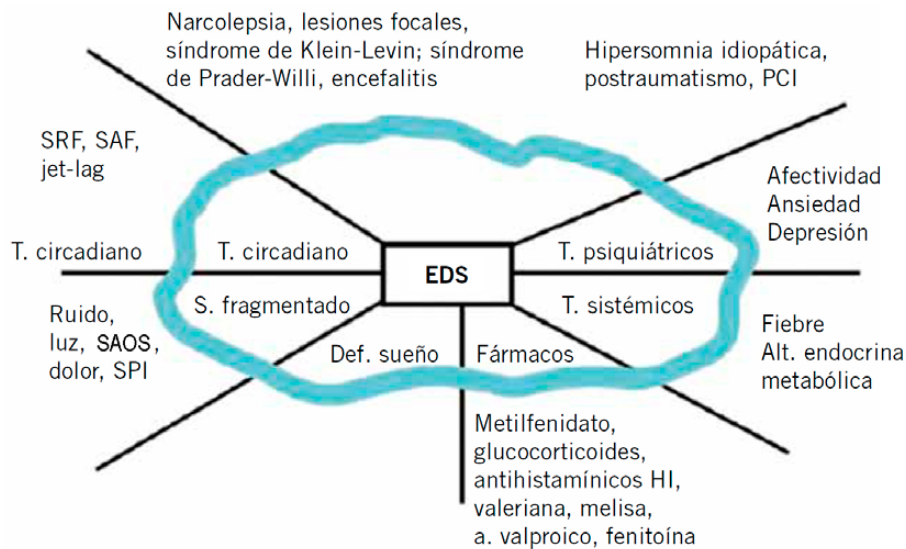


Figura 5. Factores que influyen en la excesiva somnolencia diurna (EDS: *excessive daytime sleepiness*). SRF: síndrome de retraso de fase; SAF: síndrome de adelanto de fase; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño infantil; SPI: síndrome de piernas inquietas; PCI: parálisis cerebral infantil. Fuente: Pin y cols. 2008.

- Tratamiento y manejo**
- Realizar una adecuada higiene de sueño (evitar cafeína, nicotina y alcohol; evitar siestas durante el día, evitar actividades estimulantes al menos dos horas antes de la hora deseada de ir a dormir).
 - Ir haciendo pequeños cambios de manera paulatina (adelantar el tiempo de ir a dormir y despertarse más pronto por la mañana).
 - Ayudar a estos cambios con melatonina (pautada a unas horas exactas una vez hecha una agenda de sueño, al menos 1,5 horas antes de ir a dormir, con dosis entre 3 y 5 mg) y terapia de luz (iluminación con luz ante todo por la mañana evitando las luces blancas por la tarde-noche)⁴.

Somnolencia diurna excesiva

La **somnolencia excesiva diurna (EDS)** se define como dificultad para permanecer despierto y alerta durante la mayor parte del día con episodios no intencionados de somnolencia y/o sueño. Es una situación en la que los síntomas o signos subjetivos de somnolencia interfieren en la calidad de vida y ocurre durante al menos los tres meses previos.

La Guía Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y la Adolescencia en Atención primaria clasifica los trastornos del sueño en tres grandes grupos: el niño al que le cuesta dormirse, el niño que presenta eventos anormales durante la noche y el niño que se duerme durante el día. Este último grupo corresponde a los pacientes con EDS⁶.

Dependiendo de la edad, las manifestaciones clínicas de la EDS pueden variar y confundirse con otras patologías (irritabilidad, torpeza, hiperactividad, problemas del aprendizaje, alteración del crecimiento, etc.), lo que, unido al escaso conocimiento de los trastornos del sueño por parte de los profesionales sanitarios, dificulta el diagnóstico.

En cuanto a sus causas, el **déficit crónico del sueño** es la causa más frecuente de EDS (Fig. 5). El déficit crónico del sueño puede deberse a múltiples situaciones (Tabla II): trastornos del sueño (parasomnias), determinadas condiciones médicas (atopia, trastornos del espectro autista), uso de medicaciones, horarios inadecuados, uso de las nuevas tecnologías, etc. El déficit crónico del sueño relacionado con el **entorno y el estilo de vida** es la causa más frecuente de EDS en niños y adolescentes.

En la adolescencia, por ejemplo, pueden confluír determinadas situaciones favorecedoras, por ejemplo, el retraso de fase fisiológico, agravado por la obligatoriedad de madrugar para asistir a clase y por el abuso de las pantallas⁸.

Aunque menos frecuente, la EDS puede responder también a hipersomnias primarias como la narcolepsia con o sin cataplejía, hipersomnia idiopática o síndrome de Kleine Levin⁹.

La narcolepsia en la infancia es una enfermedad rara, caracterizada por una disregulación de los límites entre el sueño y la vigilia. Está muy infradiagnosticada y es muy limitante en la vida del niño. Tiene interés su estudio porque suele haber un retraso llamativo en el diagnóstico. Un 50% de los adultos diagnosticados de narcolepsia reconoce que sus primeros síntomas se produjeron en la edad pediátrica, sin embargo, sólo un 5% de casos se diagnostican en la adolescencia. Los síntomas de narcolepsia pueden ser diferentes a los de adultos y por ello es más difícil el diagnóstico en la infancia. La tétrada típica (somnolencia, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas, y parálisis de sueño) es muy infrecuente. El diagnóstico en la infancia y adolescencia es difícil por la ausencia de cataplejía. Puede estar

Tabla II. Etiología del déficit crónico de sueño
– Uso de las nuevas tecnologías
– Horarios inadecuados, cuestiones laborales y sociales de los padres
– Problemas médicos agudos o crónicos
– Trastornos primarios del sueño: • SAHS (síndrome de apnea-hipopnea del sueño) • SPI (síndrome de piernas inquietas) • MPE (movimientos periódicos de las extremidades)
– Trastornos del ritmo circadiano: • Síndrome de retraso de fase • Síndrome de adelanto de fase
– Parasomnias
– Inadecuada higiene del sueño
– Efectos 2as medicaciones
– Insomnio

Tabla III. Criterios diagnósticos, especiales de apoyo y clínicos que apoyan el diagnóstico de SPI**Criterios diagnósticos para el SPI:**

1. Necesidad imperiosa de mover las piernas, aunque no siempre ha de estar asociada a sensación de dolor o malestar
2. Los síntomas aparecen o se agravan con la inactividad
3. Los síntomas desaparecen o mejoran con el movimiento
4. Los síntomas aparecen o empeoran sobre todo al atardecer y anochecer
5. Estos síntomas no pueden ser explicados por otra condición médica existente

Criterios especiales de apoyo al diagnóstico para SPI:

1. El niño debe describir los síntomas con sus propias palabras
2. El médico debe ser consciente de las expresiones que el niño use para describir los síntomas de SPI
3. El lenguaje y desarrollo cognitivo del paciente determinan como se pueden aplicar los criterios diagnósticos de SPI, más que su edad
4. No se conoce si las especificaciones del curso clínico del SPI en el adulto son aplicables a los niños
5. El SPI en el niño afecta al sueño, humor y cognición. También puede deteriorarse el área conductual y educativa
6. En algunos niños, puede identificarse MPP precediendo al diagnóstico de SPI

Criterios clínicos que refuerzan el diagnóstico de SPI:

1. MPP más de 5 por hora en polisomnografía
2. Antecedentes de SPI en familiares de primer grado
3. Antecedentes familiares de MPP por polisomnografía
4. Antecedentes de MPP en familiares de primer grado

presente solo una sensación de “borrachera”, pudiendo manifestarse como un déficit de atención o, incluso, como hiperactividad para combatir la sensación de somnolencia. Sin embargo, en muchas ocasiones, la familia no reconoce la somnolencia hasta que aparecen los episodios de cataplejía. Los niños y adolescentes con narcolepsia pueden presentar problemas de conducta, desmotivación, depresión y dificultad para relacionarse con sus amigos, lo que conlleva una marcada reducción de la calidad de vida. Además, tienen más riesgo de obesidad y de pubertad precoz. Los episodios de cataplejía suelen cursar con debilidad facial, apertura de la boca, protrusión de la lengua y caída de los párpados, y estos son provocados por las emociones. Para el diagnóstico es necesaria la derivación a la Unidad de Sueño⁸.

Síndrome de piernas inquietas

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno caracterizado por padecer sensaciones desagradables fundamentalmente en las piernas, aunque pueden ser en otras partes del cuerpo¹⁰. De manera característica, se agravan con la inactividad y mejoran con el movimiento, provocando que el paciente sienta una necesidad imperiosa de mover las piernas para aliviarlo. Es por esta razón que una de sus consecuencias principales es la alteración que producen en el paciente en el momento de conciliar el sueño. En estudios poblacionales se asocia al Trastorno por Movimientos Periódicos de las Piernas (MPP), con el que parece compartir bases fisiopatológicas¹⁰.

El Síndrome de Piernas Inquietas es un trastorno infradiagnosticado en la población infantil, a pesar de su alta prevalencia en la población adulta de manera que hasta un 4 a 10% de los adultos pueden padecerlo en un grado más o menos leve

o severo. En población infantil se estima una prevalencia de alrededor de un 2%¹⁰. Sin embargo, un porcentaje importante de adultos afectados refieren inicio de los síntomas en la edad infantil o adolescencia. Los síntomas en el niño en ocasiones pasan desapercibidos o se enmascaran detrás de otros procesos, como los conocidos “dolores de crecimiento”, entre otros motivos por la incapacidad del niño para describir lo que le pasa. La clínica puede ser más o menos inespecífica, abarcando todo el espectro desde dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, sueño inquieto... difiriendo de los clásicos criterios diagnósticos del adulto.

El diagnóstico del SPI infantil, al igual que en el adulto, es clínico. El niño debe cumplir cinco criterios si bien para facilitar el diagnóstico en los niños (Tabla III), el Grupo Internacional de Estudio del Síndrome de Piernas Inquietas añade unos criterios especiales de apoyo al diagnóstico y unos criterios que refuerzan el diagnóstico¹¹.

Numerosos estudios relacionan la ferropenia con el Síndrome de Piernas Inquietas, de manera que los pacientes que lo sufren mejoran sus síntomas si los niveles de ferritina aumentan por encima de los 50 ng/mL¹¹.

Bibliografía

1. Lluch Roselló MA, Callol Malla MA, A. Pons F, Chorda F, Mateos Cruz AB, Ruiz Ferrando E. Prevención de los trastornos del sueño: funciones del pediatra y de la enfermería en Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2010; XIV(9): 744-748.
2. Widome R, Berger AT, Iber C, et al. Association of Delaying School Start Time With Sleep Duration, Timing, and Quality Among Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2020; 174: 697.
3. Yip T, Wang Y, Xie M, Ip PS, Fowle J, Buckhalt J. School Start Times, Sleep, and Youth Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2022; 149(6): e2021054068.
4. Huang W, Ramsey KM, Marcheva B, Bass J. Circadian rhythms, sleep, and metabolism. *J Clin Invest*. 2011; 121(6): 2133-41.
5. Grupo de Sueño de SEPEAP. El sueño y sus trastornos (monografía). *Pediatr integral*. 2018; XXII(8): 396-411.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria: Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.
7. The International Classification of Sleep Disorders - Third Edition (ICSD-3) American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.
8. Merino-Andréu M, Martínez-Bermejo A. Narcolepsia con y sin cataplejía: una enfermedad rara, limitante e infradiagnosticada [Narcolepsy with and without cataplexy: an uncommon disabling and unrecognized disease]. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(6): 524-34.
9. Maíques Tobías E, Merino Andreu M. *Pediatr Integral*. 2018; XXII(8): 437-445.
10. Allen RP, Walters AS, Montplaisier J, Hening W, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1286-92.
11. Allen RP, Pichietti DL, García Borreguero D, et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated international restless legs syndrome study group consensus criteria-history, rationale, description, and significance. *Sleep Med*. 2014; 15: 860-73.

Abordaje del asma en el niño y adolescente a la luz de la GEMA 5.2

Grupo de asma y alergia de la SEPEAP

Cristina Ortega Casanueva*, Francisco Javier Pellegrini Belinchón**, Sonia de Arriba Méndez***

*Pediatra y Alergóloga. Clínica Materno Infantil Senda. Madrid. **Pediatra de Atención Primaria. Centro Salud Pizarrales. Salamanca.

***Servicio de Alergia Infantil. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción

La Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) es un referente no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial. Esto se debe a que es una guía dirigida al profesional sanitario asistencial, muy práctica, independiente y consensuada entre expertos procedentes de las diversas sociedades científicas españolas y latinoamericanas implicadas en la asistencia de esta enfermedad.

El Grupo de Trabajo (GT) de Asma y Alergia de nuestra Sociedad está muy presente en la elaboración de la GEMA pues varios de sus componentes son redactores de la misma, siendo el coordinador del GT parte del Comité Ejecutivo, como representación de la Pediatría extrahospitalaria y de Atención Primaria en esta enfermedad.

En el Curso Precongreso sobre Asma Infantil que tendrá lugar el XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) que se celebrará en la ciudad de Alicante del 20 al 22 de octubre de 2022, se abordará el asma en el niño y en el adolescente a la luz de las últimas novedades y actualizaciones de GEMA 5.2.

El objetivo del pediatra de Atención Primaria y de todos aquellos profesionales que atienden al niño asmático, es conseguir que tenga una actividad normal y plena, con ejercicio físico incluido, en ausencia de síntomas y exacerbaciones. El objetivo último será que el niño mantenga su función pulmonar normal¹⁻⁴.

La SEPEAP está implicada en la formación del pediatra de Atención Primaria que atiende al niño asmático. Si PulmiAsma, curso online acreditado del GT de Asma y Alergia de la SEPEAP (<https://aulaformacionreigjofre.com/page1.php>), se ha consolidado en los últimos años como un curso referente en la formación de los pediatras en el asma⁴, **PulmiGuía**, Guía de habilidades clínicas en Pediatría de Atención Primaria⁵, también del GT de Asma y Alergia de SEPEAP, se ha convertido en el manual de bolsillo que facilita la labor de pediatras y residentes que quieren tener el asma totalmente controlada (Fig. 1).

La educación del niño asmático y de su familia, fundamental en el manejo del asma infantil, se contempla de forma pormenorizada en PulmiAsma pero por razones de espacio no se incluye en el presente documento.

Definición de asma del lactante

Cada cinco años la GEMA se renueva por completo, con una profunda revisión de conceptos y enunciados. En GEMA 5.0, el asma se define como un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes.

La controversia comienza a la hora de etiquetar el asma en los primeros tres años de vida.

Síntomas habituales como tos, sibilancias y dificultad respiratoria son frecuentes en los niños menores de 3 años sin asma. Esto, asociado a la imposibilidad de evaluar de forma rutinaria la función pulmonar, dificulta conocer la prevalencia en estas edades¹.

El diagnóstico definitivo exige la exclusión de otras enfermedades que pueden presentarse con signos y síntomas similares (fibrosis quística, bronquiectasias, reflujo gastroesofágico, etc.) y que en ocasiones pueden estar asociadas.

El factor de riesgo más importante para el desarrollo posterior de asma es la presencia de atopia personal y familiar. Otros factores son la edad de presentación, la gravedad y frecuencia de los episodios, el sexo masculino o haber presentado una bronquiolitis grave (VRS, rinovirus)¹. No debemos tener miedo a llamar al asma por su nombre.

No se debe eludir el término de asma cuando el niño:

- Presente más de 3 episodios al año o episodios graves de tos, sibilancias o dificultad respiratoria.

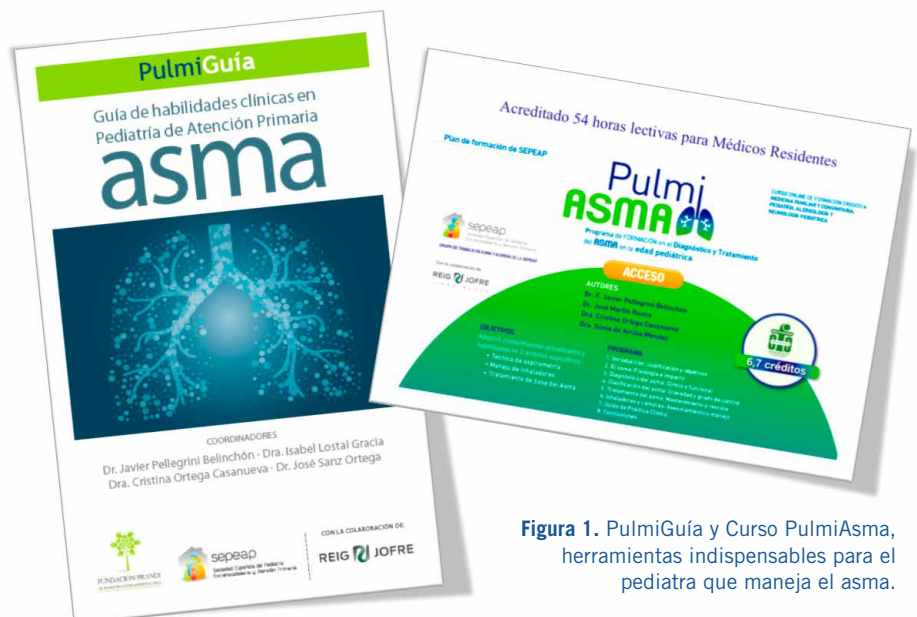


Figura 1. PulmiGuía y Curso PulmiAsma, herramientas indispensables para el pediatra que maneja el asma.

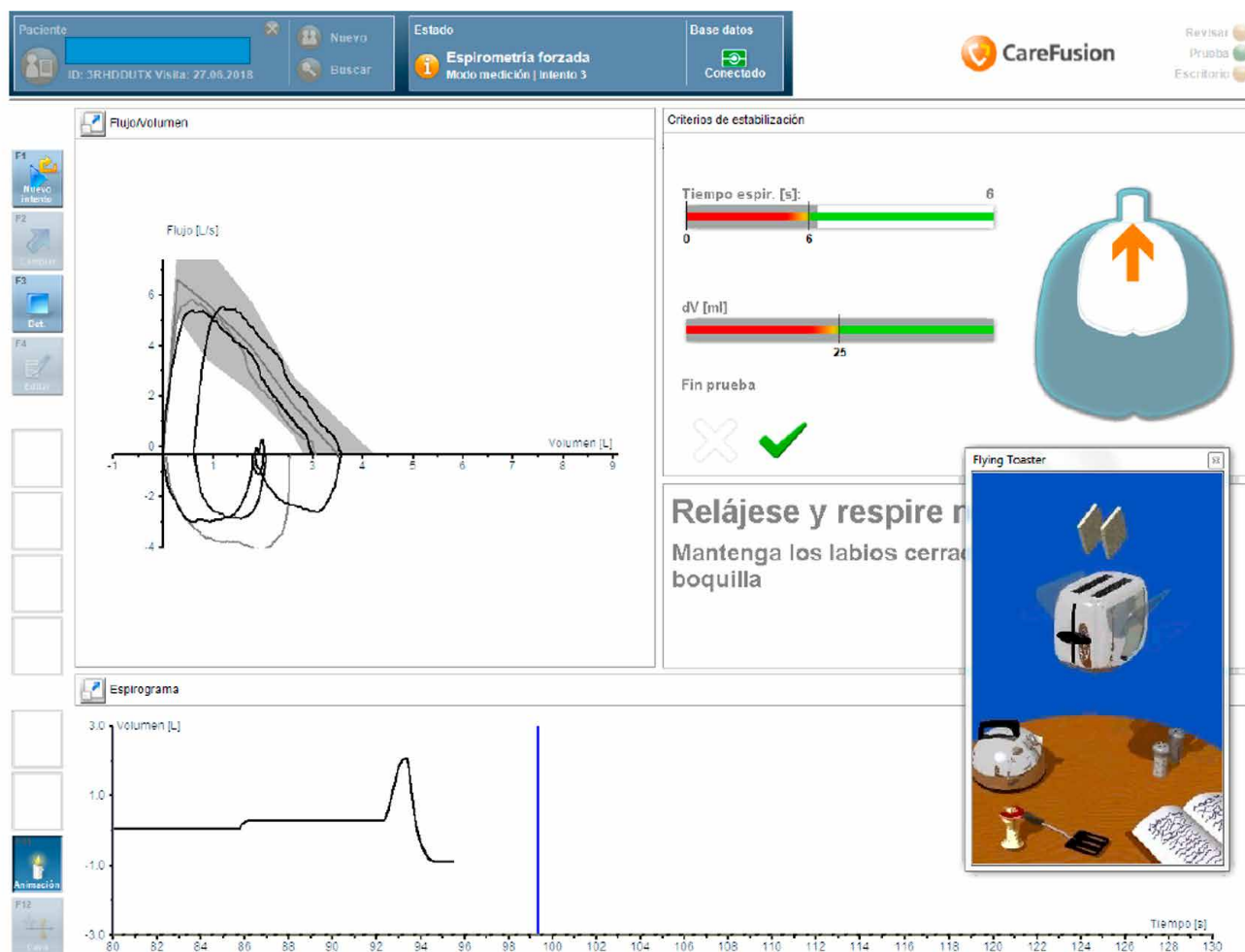


Figura 2. Espirometría forzada.

- Presente una buena respuesta al tratamiento con corticoides inhalados y empeora tras su retirada.

Diagnóstico del asma

El diagnóstico de asma en el niño, salvo que la edad o madurez no lo permitan, debe confirmarse con pruebas objetivas, como la espirometría.

La espirometría es una herramienta fácil y asequible para su uso en Atención Primaria, aunque en estos dos últimos años se ha infratilizado debido a la pandemia. A pesar de ello, debemos conocer bien esta técnica, tanto en su realización como en su interpretación para un correcto diagnóstico y manejo del asma.

Tal y como siempre referimos en nuestro taller y se recoge en GEMA 5.2, la utilidad de las pruebas de función respiratoria en el niño para el diagnóstico del asma es menor que en el adulto, ya que la mayoría de los niños con asma (incluidas formas moderadas o graves) presenta un FEV₁ dentro de los valores de referencia. Por tanto, la espirometría contribuye al diagnóstico, **aunque su normalidad no excluye el asma.**

Tabla I. Patrones espirométricos

	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
FEV ₁	65-80%	50-64%	35-49%	< 35%

La espirometría

La espirometría (Fig. 2) mide el volumen y la velocidad del aire que se moviliza desde los pulmones hacia el exterior durante una maniobra de espiración máxima, hasta llegar a la capacidad vital forzada (FVC), comenzando desde la capacidad pulmonar total (TLC) tras un llenado máximo pulmonar y terminando al alcanzar el volumen residual (RV). Con la espirometría se pueden determinar volúmenes estáticos y capacidades pulmonares, como la FVC, pero fundamentalmente se determinan volúmenes dinámicos, como el volumen espira-

Tabla II. Clasificación de la intensidad de la alteración espirométrica

	Patrón obstructivo	Patrón restrictivo	Patrón mixto
FVC	Normal o ligeramente disminuido	Muy disminuido (<70%)	Disminuido (< 70%)
FEV ₁	Disminuido (<80%)	Disminuido y normal	Disminuido (< 80%)
FEV ₁ / FVC	Disminuido (< 75-80%)	Normal o aumentado	
FEF 25-75	Muy disminuido (< 65%)	Disminuido o normal	

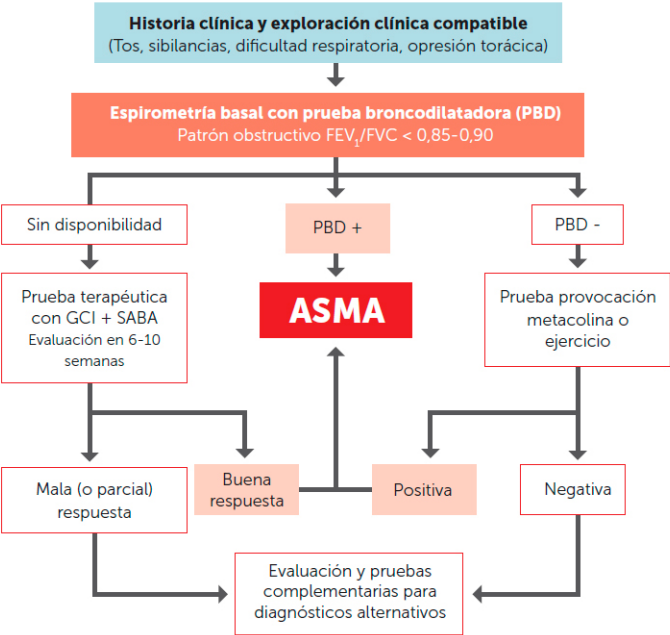


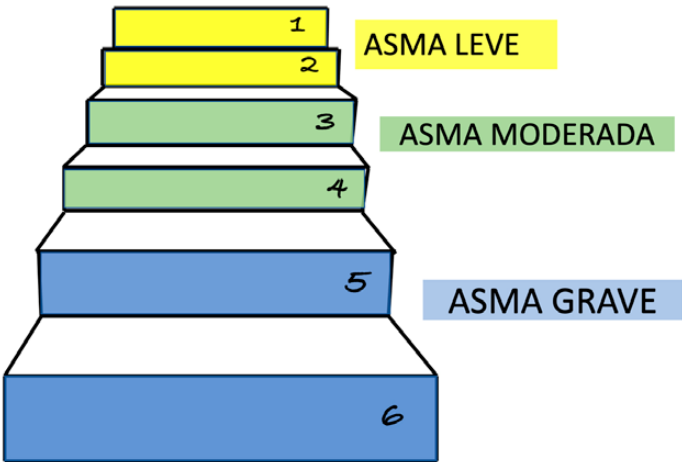
Figura 3. Prueba broncodilatadora (PBD) positiva: incremento del FEV₁ >12 % con respecto al valor basal. Diagnóstico. GEMA^{5.0} (2020).

torio forzado en el primer segundo (FEV₁), el flujo espiratorio máximo (FEM), el flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la FVC (FEF₂₅₋₇₅), etc. (Tablas I y II).

Existen dos tipos de técnicas espirométricas: la simple y la forzada. Estos y otros conceptos se explicarán y ampliarán en el curso presencial y pueden revisarse en esta publicación del pasado año.

Prueba broncodilatadora

Tras una espirometría basal, se aportan broncodilatadores de acción corta (4 dosis de salbutamol en niños con cámara espaciadora, cada una de las pulsaciones separadas unos 30 segundos).



GEMA 5.2

		Tratamiento escalonado	Tratamiento de mantenimiento		M E D I C A C I Ó N D E R E S C A T E
			≥ 4 años	< 4 años	
+ Grado de control	Evaluación de la adhesión y de la técnica inhalatoria	Considerar Inmunoterapia	1	Sin medicación de control	
			2	GCI dosis bajas o ARLT	GCI dosis bajas o ARLT
			3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + LABA o GCI dosis baja + ARLT	GCI dosis medias o GCI dosis bajas + ARLT
			4	GCI dosis medias + LABA o GCI dosis media + ARLT	GCI dosis medias + ARLT
- Grado de control	Evaluar comorbilidades	Control en el hospital			Broncodilatador de acción corta a demanda
		5	GCI dosis altas + LABA Si no control añadir: ARLT, tiotropio, teofilina	GCI a dosis altas + ARLT Si no control considerar añadir: LABA**, macrólidos, tiotropio**, GC oral	
		6	GCI dosis altas + LABA + omalizumab*, mepolizumab*, dupilumab*, alternativa: GC oral		

Figura 4. Clasificación según el escalón de tratamiento necesario.

Tabla III. Clasificación de la gravedad del asma en niños. GEMA^{4,3}

	Episódica ocasional	Episódica frecuente	Persistente moderada	Persistente grave
Episodios	De pocas horas o días de duración < de uno cada 10-12 semanas Máximo 4-5 crisis/año	< de uno cada 5-6 semanas Máximo 6-8 crisis/año	> de uno cada 4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	–	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	–	–	≤ 2 noches por semana	> 2 noches por semana
Medicación de alivio (SABA)	–	–	≤ 3 días por semana	3 días por semana
Función pulmonar	> 80 % – FEV ₁ < 20 % – Variabilidad PEF	> 80 % < 20 %	> 70 % – < 80 % < 20 % – < 30 %	< 70 % > 30 %

Tabla IV. Sistemas de inhalación y edad del niño

	Elección	Alternativa
< 4 años	– Inhalador presurizado con cámara y mascarilla facial	– Nebulizador con mascarilla facial
4 años	– Inhalador presurizado con cámara espaciadora con boquilla	– Inhalador presurizado con cámara y mascarilla facial – Nebulizador con mascarilla facial
> 6 años	– Inhalador de polvo seco – Inhalador presurizado con cámara espaciadora con boquilla	– Nebulizador con boquilla – Inhalador presurizado activado por inspiración

Se pueden utilizar otros broncodilatadores. A los 15-20 minutos se realiza otra espirometría, si el FEV₁ aumentó más del 9% del valor teórico o más del 12% del valor basal previo, se considera una prueba de broncodilatación positiva y es muy sugestiva de asma¹⁻³ (Fig. 3).

Tratamiento del asma en el niño.

Sistemas de inhalación

Una novedad de la GEMA 5.0 es que *desaparece* la clasificación del Asma para iniciar el tratamiento. La clasificación actual (asma leve, moderada o grave) depende del tratamiento que precise para su control (Fig. 4).

A pesar de no constar ya en GEMA 5.2, la mayor parte de los pediatras seguimos haciendo esa clasificación inicial previa (Tabla III) pues nos facilita la instauración del tratamiento en un primer momento.

En este documento no detallaremos el tratamiento farmacológico del asma, aunque sí se explicará en el curso presencial. Se puede revisar más profundamente el tratamiento no farmacológico y farmacológico del asma en guías clínicas^{1,2} y otras publicaciones del Grupo de Asma y Alergia de la SEPEAP⁴⁻⁷.

Tal como recomienda la GEMA 5.2¹, para indicar un dispositivo de inhalación adecuado a la edad y posibilidades de cada paciente es preciso: **escoger el dispositivo**, atendiendo a la edad, destreza, preferencias y eficacia clínica; **explicar** las características del sistema y de las técnicas; **demostrar** cómo se utiliza; **comprobar** la realización de la técnica y **reevaluar** periódicamente en las visitas de control su correcto uso.

En Pediatría, la elección del sistema de inhalación depende fundamentalmente de la edad y de la capacidad de aprendizaje del niño. Se recomienda, como norma general, utilizar las cámaras espaciadoras con mascarilla en lactantes y niños pequeños. En cuanto el niño sea capaz de utilizar la boquilla, retiraremos la mascarilla. Debemos intentar mantener la cámara espaciadora hasta que el niño sepa inhalar correctamente a través de un dispositivo de polvo seco. Quedará sólo como una opción para los niños mayores o adolescentes bien entrenados la utilización del cartucho presurizado sin cámara (Tabla IV).

Bibliografía

1. GEMA 5.2. Guía española para el manejo del asma. Disponible en: www.gemasma.com. Consultado el 11 de Julio de 2022.
2. Global Initiative for asthma (GINA). Disponible en: <http://www.ginasthma.org/>. Consultado el 11 de Julio de 2022.
3. Castillo Laita JA, De Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J, et al. Consenso sobre el tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc). 2007; 67(3): 253-73.
4. Curso PulmiAsma del Grupo de Asma y Alergia de la SEPEAP. Consultado el 11 de Julio de 2022. Disponible en: <https://sepeap.org/curso-precongreso-manejo-del-asma-infantil-en-pediatria-extrahospitalaria-y-atencion-primaria/>.
5. Guía de Habilidades Clínicas en Pediatría de Atención Primaria. PulmiGuía. ISBN: 9788478678334.
6. Pellegrini Belinchón J, Ortega Casanueva C, De Arriba Méndez S. Nuevo abordaje en el tratamiento del niño con asma. Pediatr Integral. 2021; XXV(2): 67-75.
7. Ortega C, Pellegrini J, De Arriba S. Asma y adolescencia. Adolescencia. 2018; VI(3): 14-26.

Trilogías de películas que todo pediatra debiera ver para mejorar en ciencia y conciencia

Javier González de Dios

**Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante.
Autor del proyecto “Cine y Pediatría”. Alicante**

El número tres parece ser bastante común en el cine para contar una historia o desarrollar una temática. El séptimo arte está lleno de míticas trilogías, ese 3 que representa la manifestación de la luz, la Trinidad. Y basta recordar algunas de las trilogías más conocidas, verdadera trinidad del séptimo arte:

- Trilogía de El Padrino, dirigidas por Francis Ford Coppola y escritas por él mismo junto con el novelista Mario Puzo, cuando una película incluso es capaz de superar a la novela que la origina y se constituye en la trilogía más icónica para la mayoría.
- Trilogías de La Guerra de las Galaxias, quizás la madre de todas las trilogías, especial y espacial, pues en realidad es una nonalogía, compuesta por la primera trilogía (episodios IV, V y VI), así como por la precuela (episodios I, II y III) y la secuela (episodios VII, VIII y IX).
- Trilogía de El Señor de los Anillos, basada en la novela homónima del escritor británico J. R. R. Tolkien y dirigidas por Peter Jackson, películas multipremiadas.
- Trilogía de Narnia, basada en las novelas de C.S. Lewis.
- Y muchas más...

Pero junto a estas trilogías bien conocidas, cabe destacar otras vinculadas a autores, quizás no tan populares (fuera del autoproclamado público cinéfilo), y que bien merecen recordarse: la trilogía de Nokiro de Yasujiro Ozu, la trilogía de Apu Sansar de Satyajit Ray, la trilogía de La condición humana de Masaki Kobayashi, la trilogía de La incomunicación de Michelangelo Antonioni, la trilogía del Silencio de Dios de Ingmar Bergman, la trilogía del Departamento de Roman Polanski, la trilogía sobre La búsqueda de la verdad de Luis Buñuel, la trilogía autobiográfica de Bill Douglas, la trilogía de Evil Dead de Sam Raimi, la trilogía del Apocalipsis de John Carpenter, la trilogía Qatsi de Godfrey Reggio, la trilogía de Europa de Lars Von Trier, la trilogía de La glaciación emocional de Michael Haneke, la trilogía de Las fronteras de Theo Angelopoulos, la trilogía de Los tres colores de Krzysztof Kieslowski, la trilogía Before de Richard Linklater, la trilogía del Corazón de oro de Lars Von Trier, la trilogía del Poder de Aleksandr Sokurov, la trilogía de La existencia de Roy Andersson, la trilogía Eastrail 177 de M. Night Shyamalan, la trilogía de La venganza de Park Chan-wood, la trilogía de La familia Firefly de Rob Zombie, la trilogía del Cornetto de Edgar Wright, la trilogía de la Depresión de Lars Von Trier, la trilogía calabresa de Jonas Carpignano, la trilogía del Baztán de Fernando González Molina, y muchas más...

Y hoy queremos “prescribir” un conjunto de trilogías de películas para pediatras, y que son producto de las más de 700 películas revisadas y comentadas en el proyecto “Cine y Pediatría” durante los más de 12 años de recorrido. Porque desde Cine y Pediatría nunca pretendimos realizar crítica cinematográfica,

sino que utilizamos el valor de películas argumentales como una oportunidad para la docencia y la humanización en nuestra práctica clínica. Porque es bien conocido que la educación encuentra en la estética, artes y humanidades, un aliado imprescindible. Y el cine, con su imagen y sonido, es un despertador de emociones dentro de la cultura del espectáculo y por méritos propios se ha convertido en un recurso útil. Porque gracias al cine podemos aprender más y enseñar mejor, porque con el cine se desarrolla una deliberación narrativa: el cine se ve, se oye y se siente.

El cine se convierte en un método ideal para mostrar una mirada holística de la salud y enfermedad. Y la visión que el cine proporciona a la infancia (con el niño o adolescente como protagonista), a la Pediatría clínica y a la Pediatría social, así como a la realidad vista a través de la inocencia de la mirada de un niño, nos devuelve emociones y reflexiones, nos proporciona arte, ciencia y conciencia, nos transporta al color y calor de todas las infancias del mundo.

Porque los pediatras prescribimos pruebas diagnósticas y tratamientos, también hábitos saludables. Y con esta experiencia cabe plantear el efecto benéfico de “prescribir” películas, que pueden orientarse a muy diversos receptores: a estudiantes de medicina, a residentes en formación, a los propios pediatras y a otros profesionales sanitarios; pero también a los propios niños o adolescentes y a sus familias, amén de a los amantes del séptimo arte. Pero al igual que cualquier medicamento tiene indicaciones y contraindicaciones, condiciones de uso, interacciones y efectos adversos, asimismo, una película debe mirarse con los mismos ojos. No consiste en prescribir, sino en prescribir bien. No consiste en recetar, sino en hacer un buen uso de aquellas películas con alto valor humano, afectivo y emocional, en el momento oportuno y al receptor adecuado.

Sirvan las trilogías referidas en la tabla I para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra profesión. La propuesta es ver el cine a través de las tres partes de la experiencia narrativa: prefiguración, configuración y refiguración. Sirvan estos tres ejemplos para ver el cine con otros ojos, bajo la óptica de esta observación narrativa.

1. Prescribir la película estadounidense *El aceite de la vida* (Lorenzo's Oil, George Miller, 1992) para acercarnos al complejo mundo de las enfermedades raras.
 - Prefiguración: se denomina como enfermedad rara (o de baja prevalencia) aquella con una frecuencia menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes. Pero son tantas entidades, que la suma de todas las personas con una enfermedad rara se estima entre el 6 y 9% de la población, de ahí la importancia como problema de interés sanitario y social. Y tres de cada cuatro enfermedades raras debutan en la infancia.

Tabla I. Trilogías de películas para pediatras

- **Tres joyas para entender la infancia**
Bebés (Bébé), Thomas Balme, (2010)
Solo es el principio (Ce n'est qu'un debut), Pierre Barouquier, Jean-Pierre Pozzi, (2010)
Camino a la escuela (Sur le chemin de l'école), Pascal Plisson, (2013)
- **Tres joyas para entender la importancia de ser pediatra**
El mundo en sus manos (Gifted Hands: The Ben Carson Story), Thomas Carter, (2009)
El milagro de Carintia (Das Wunder von Kärnten), Andreas Prochaska, (2011)
22 ángeles (Miguel Bardem, 2016)
- **Tres joyas para entender las enfermedades raras metabólicas**
El aceite de la vida (Lorenzo's Oil), George Miller, (1982)
El inolvidable Simon Birch (Simon Birch), Mark Steven Johnson, (1998)
Medidas extraordinarias (Extraordinary Measures), Thom Vaughan, (2009)
- **Tres joyas para entender las enfermedades raras genéticas**
Cromosoma cinco (María Ripoll, 2013)
Línea de meta (Paola García Costas, 2014)
Wonder (Stephen Chbosky, 2017)
- **Tres joyas para entender las enfermedades oncológicas líquidas**
Cartas a Dios (Oscar et la dame rose), Éric-Emmanuel Schmitt, (2009)
La decisión de Anne (My Sister's Keeper), Nick Cassavetes, (2009)
Surviving Amina (Bárbara Celis, 2010)
- **Tres joyas para entender las enfermedades oncológicas sólidas**
Planta 4ª (Antonio Mercero, 2003)
Cartas al cielo (Letters to God), Patrick Doughtie y David Nixon, (2010)
Declaración de guerra (La guerre est déclarée), Valerie Donzelli, (2011)
- **Tres joyas para entender el autismo**
María y yo (Félix Fernández de Castro, 2010)
Ocean Heaven (Haiyang tiantang), Xiao Lu Xue, (2010)
La sonrisa verdadera (Juan Rayo, 2015)
- **Tres joyas para entender el síndrome de Asperger**
Mary and Max (Adam Elliot, 2009)
Tan fuerte, tan cerca (Extremely Loud and Incredibly Close), Stephen Daldry, (2011)
Diecisiete (Daniel Sánchez Arévalo, 2019)
- **Tres joyas para entender el síndrome de Down**
El octavo día (Le huitième jour), Jaco Van Dormael, (1996)
León y Olvido (Xavier Bermúdez, 2004)
La historia de Jan (José Bernardo Moll, 2016)
- **Tres joyas para entender el acoso escolar**
Después de Lucía (Michel Franco, 2012)
Marion, 13 años eternamente (Marion, 13 ans pour toujours), Bourlem Guerdjou, (2016)
El silencio roto (Piluca Baquero, 2017)
- **Tres joyas para entender los malos tratos en la infancia**
Matilda (Danny DeVito, 1996)
El Bola (Acheró Mañas, 2000)
Mi hijo (Mon fils à moi), Martin Fougeron, (2006)
- **Tres joyas para entender la pederastia**
The War Zone (La zona oscura) (The War Zone, Tim Roth, 1999)
Silencio de hielo (Das letzte Schweigen), Baran bo Odar, (2010)
No tengas miedo (Montxo Armendáriz, 2011)
- **Tres joyas para entender la adopción infantil**
La pequeña Lola (Holy Lola), Bertrand Tavernier, (2004)
La adopción (Daniela Fejerman, 2015)
En buenas manos (Pupille), Jeanne Herry, (2018)
- **Tres joyas para entender la delincuencia en la edad pediátrica**
7 vírgenes (Alberto Rodríguez, 2005)
This is England (Shane Meadows, 2006)
Dog Pound (La perrera) (Dog Pound, Kim Chapiron, 2010)
- **Tres joyas para entender la psiquiatría infantojuvenil**
Inocencia interrumpida (Girl, Interrupted), James Mangold, (1999)
Una historia casi divertida (It's Kind of a Funny Story), Ryan Fleck, Anna Boden, (2010)
A cielo abierto (Mariana Otero, 2013)
- **Tres joyas para entender la educación de ayer**
El club de los poetas muertos (Dead Poets Society), Peter Weir, (1989)
Profesor Holland (Mr. Holland's Opus), Stephen Herek, (1995)
Los chicos del coro (Les Choristes), Christophe Barratier, (2004)
- **Tres joyas para entender la educación de hoy**
Profesor Lazhar (Monsieur Lazhar), Philippe Falardeau, (2011)
El profesor (Detachment) (Detachment, Tony Kaye, 2011)
El buen maestro (Les grands esprits), Olivier Ayache-Vidal, (2017)
- **Tres joyas para entender el arco iris LGTBI**
Boys Don't Cry (Kimberly Peirce, 1999)
Water Lillies (Naissance des pieuvres), Céline Sciamma, (2007)
Jake (A Kid Like Jake), Silas Howard, (2018)
- **Tres joyas de enfants terribles de la cinematografía**
Elephant (Gust Van Sant, 2003)
Sister (L'enfant d'en haut), Ursula Meier, (2012)
Mommy (Xavier Dolan, 2014)
- **Tres joyas directas al corazón**
El espíritu de la colmena (Víctor Erice, 1973)
Cinema Paradiso (Nuovo Cinema Paradiso), Giuseppe Tornatore, (1988)
Forrest Gump (Robert Zemeckis, 1994)
- **Tres joyas para no olvidar**
American Beauty (Sam Mendes, 1999)
La invención de Hugo (Hugo), Martin Scorsese, (2011)
La vida de Pi (Life of Pi), Ang Lee, (2012)
- **Tres joyas para mejor no olvidar**
Pequeña Miss Sunshine (Little Miss Sunshine), Jonathan Dayton, Valerie Faris, (2006)
El árbol de la vida (The Tree of Life), Terrence Malick, (2011)
Boyhood (Momentos de una vida) (Boyhood, Richard Linklater, 2014)
- **Tres joyas de clásicos en blanco y negro**
El chico (The Kid), Charles Chaplin, (1921)
La noche del cazador (The Night of the Hunter), Charles Laughton, (1955)
Matar a un ruiseñor (To Kill a Mockingbird), Robert Mulligan, (1962)
- Tres joyas con memoria histórica
La ola (Die Welle), Dennis Gansel, (2008)
La cinta blanca (Das weisse Band), Michael Haneke, (2009)
La llave de Sarah (Elle s'appelait Sarah), Gilles Paquet-Brenner, (2010)
- **Tres joyas que dejan sin aliento**
American History X (Tony Kaye, 1998)
La caza (Jagten), Thomas Vinterberg, (2012)
La vida de Adèle (La vie d'Adèle - Chapitre 1 & 2), Abdellatif Kechiche, (2013)
- **Tres joyas que nos dejan su música**
El triunfo de un sueño (August Rush) (August Rush, Kirsten Sheridan, 2007)
Las ventajas de ser un marginado (The Perks of Being a Wallflower), Stephen Chbosky, (2012)
La familia Bélier (La Famille Bélier), Eric Lartigau, (2014)
- **Tres joyas de la animación**
Persépolis (Persepolis), Vincent Paronnaud, (2007)
Una carta para Momo (Momo e no Tegami), Hiroyuki Okiura, (2011)
Del revés (Inside Out) (Inside Out, Peter Docter, 2015)

- Configuración: *El aceite de la vida* es la historia real de unos padres coraje (la familia Odone) en busca de la solución de la enfermedad degenerativa de su hijo, una adrenoleucodistrofia.
 - Refiguración: refleja la «soledad del corredor de fondo» de pacientes, familias, profesionales sanitarios, instituciones y sociedad ante las enfermedades raras y aborda un buen número de temas bioéticos: el intruso benefactor, el *primum non nocere*, el empoderamiento del paciente y familias, la toma de decisiones por sustitución, la adecuación del esfuerzo terapéutico y fin de vida.
2. Prescribir la película australiana *Mary and Max* (Adam Elliot, 2009) para entender el síndrome de Asperger.
- Prefiguración: el síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo que se incluye dentro del espectro autista y que afecta a la interacción social recíproca, la comunicación verbal y no verbal; manifiesta una resistencia para aceptar el cambio, la inflexibilidad del pensamiento, así como para poseer campos de interés estrechos y absorbentes.
 - Configuración: *Mary and Max* es una película en *claymation* (plastilina en movimiento) que narra la relación epistolar durante veinte años de dos seres muy especiales con Asperger: Mary, que tiene ocho años y vive en Melbourne; y Max, cuarenta y cuatro años, residente en Nueva York..
 - Refiguración: esta película es un diamante en bruto para entender el síndrome de Asperger a todas las edades, una pequeña joya para acercarnos a estas personas desde el respeto. Y con pensamientos para enmarcar que dicen más que los mejores libros de texto de Medicina.
3. Prescribir la película francesa *Declaración de guerra* (*La guerre est déclarée*, Valérie Donzelli, 2011) para comprender el impacto familiar cuando se diagnostica a un hijo de cáncer.
- Prefiguración: el cáncer siempre tiene un gran impacto personal, familiar, sanitario y social, pero adquiere dimensiones mayores cuando ocurre en un hijo o un nieto. Porque el cáncer en la infancia tiene grandes diferencias con el adulto, y comienza incluso por su causa: tres de cada cuatro tipos de cánceres a esta edad son leucemias, tumores del sistema nervioso central y linfomas.
 - Configuración: *Declaración de guerra* es la historia real de la directora, quien llama a su ex marido para protagonizar entre ambos el proceso diagnóstico y terapéutico de un tumor cerebral en su hijo lactante.
 - Refiguración: esta obra es toda una catarsis descriptiva y emocional, repleta de diálogos para reflexionar, una maratón emocional donde la buena música elegida nos remarca los estados de ánimo. Y donde no queda duda que esta experiencia se convierte siempre en una declaración de guerra vital y emocional.

Pantallas. De la ciberadicción a la educación digital

La educación digital

Isabel Rubio Díaz - **Pediatra de Atención Primaria emérita. Alicante**

En apenas unos años las tecnologías han cambiado nuestro mundo, estamos viviendo un tiempo de innovación digital sin precedentes. Adultos y niños nos vamos adaptando y educando en un presente que es digital.

En este marco social, en el que no hay experiencia previa, padres y madres se enfrentan al desafío de educar en la era digital. Cuentan con escaso apoyo y estando ellos mismos explorando y aprendiendo a moverse en estos nuevos territorios; pero no perdamos el rumbo, de educación sí sabemos. Empecemos entonces hablando de **educación**.

- Educamos desde que nacen dotándoles de unas raíces más o menos firmes. Para ello el bebé necesita establecer un vínculo, una relación emocional sólida y estable que le dé seguridad, sentirse querido incondicionalmente y que cubrimos sus necesidades. Se va así cimentando la autoestima y sobre esos cimientos se desarrollará y aprenderá. En definitiva, el trato que los/as niños/as reciben en sus primeros años es trascendental para su salud mental.
- Educamos en valores: bondad, honestidad, respeto, responsabilidad, solidaridad...
- Educamos en habilidades para la vida: en la reflexión, en la empatía, en la toma de decisiones, en la comunicación asertiva, en el manejo de problemas y conflictos, en el pensamiento crítico...

A estos tres pilares básicos de la educación para la vida, es necesario añadir dos aspectos más: el primero, que para educar hace falta un padre o una madre que esté presente, comprometido, que le dedique tiempo y en segundo lugar necesitan que se les eduque con cariño y normas, es decir, ejerciendo una autoridad afectiva.

¿Qué ha cambiado en los últimos años?

Que hoy, padres y madres ejercen la autoridad, transmiten valores o educan en la reflexión o en otras habilidades para la vida, también a través de las tecnologías digitales. Hoy van educando en los tiempos compartidos de pantalla, al igual que lo hacen en los tiempos compartidos de deporte o de juegos.

Pero además tienen que educar en el buen uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y eso implica formación. Padres y madres necesitan estar al día de la evolución de la tecnología para acompañar a sus hijos/as. No pueden dejarlos huérfanos en este terreno, sin nadie que les guíe y proteja.

En definitiva, que nos estamos adaptando al impacto de los nuevos medios en la infancia, en los jóvenes y en la vida familiar. Que estamos tanteando lo que significa ser padre o madre en estos tiempos de importantes cambios sociales y tecnológicos. Y que el “tiempo de pantalla sedentario” como dice la OMS, es la nueva variable en la salud infantil y juvenil.

¿Qué papel nos corresponde como pediatras?

El de promover hábitos saludables de consumo mediático desde pequeños y el de la prevención de los problemas que su mal uso conlleva.

Hasta ahora no están incorporados en nuestras Guías de actividades preventivas, pero muchos pediatras ya lo hacen. Veamos algunas de las recomendaciones por grupos de edad.

- En **menores de 2 años** hay consenso en las recomendaciones de la OMS, Ministerios de Sanidad y Educación o la Asociación de Pediatría Canadiense: No pantallas. La Academia Americana de Pediatría (AAP) la limita a los 18 meses salvo para “comunicarse” con familiares que están lejos. Desde la psicología evolutiva el mismo mensaje. Es obvio, si les ponemos una pantalla delante estamos limitando sus habilidades motoras gruesas y finas, limitando la comunicación o las habilidades sociales y por otro lado música e imágenes brillantes les sobreestiman. Vendrán más estudios, pero ya hay datos que determinan el impacto que la exposición a pantallas tiene en los pequeños.
- Siguiendo con las recomendaciones de los organismos citados anteriormente, **de 2 a 4 años** el tiempo de pantalla debería limitarse a menos de una hora al día, programación de alta calidad, con el adulto presente, es decir, que sea un tiempo compartido. A estas edades va aprendiendo explorando el mundo físico que les rodea, interactuando con adultos y niños. Los beneficios de las pantallas en la educación temprana son limitados y el riesgo de adicción es alto.
- A lo largo de la **etapa escolar**, recomendando ampliar los tiempos de uso de pantallas con fines recreativos, hasta un máximo de dos horas al día. Pero no sólo se trata de tiempo recomendado, sino de calidad de lo que ve y si es, o no, tiempo compartido con el adulto. Como todo aspecto educativo vamos de la Protección a la Autonomía. Al principio los llevamos de la mano e iremos soltando para que vayan adquiriendo autonomía. No podemos basar todas nuestras estrategias en el control parental.
- Progresivamente entramos en la **adolescencia** y las tecnologías se convierten rápidamente en el centro de la vida cotidiana de los jóvenes. Será necesario negociar, acordar y revisar periódicamente unas normas de uso. Padres y madres deberán valorar el momento de adquirir un móvil para su hijo/a. Es aconsejable redactar un contrato que firmarán ambas partes.

Veamos otras recomendaciones dirigidas a las familias que habrá que adaptar, porque cada edad, cada hijo/a, cada hogar son diferentes:

- Padres y madres son el modelo para sus hijos/as. Ambos deben estar de acuerdo en hacer un uso responsable y ser coherentes con lo que exigen a hijos/as.
- El tiempo de pantallas debería siempre estar supeditado al resto de tareas y nunca quitar horas de sueño o ejercicio físico. La AAP recomienda crear un Plan de uso mediático personalizado para cada familia.
- Establecer normas claras. Horarios y lugares sin pantallas: por ejemplo, no en las comidas, no mientras se realizan tareas escolares, no al menos una hora antes de dormir o no en el dormitorio. Uso de pantallas en espacios comunes para que se pueda supervisar sus actividades.

- Instalar programas de control parental para bloquear o filtrar el contenido de Internet. Pero el mejor filtro parental son los progenitores y exige que padres y madres tengan conocimiento de las TIC, que eduquen y que haya una buena comunicación familiar.
- Enseñarles a hacer un uso seguro de internet fomentando el diálogo de lo que es una navegación segura.
- Enseñarles las oportunidades, hablarle claramente de los riesgos y las normas de uso de las tecnologías.
- Padres y madres deben fomentar el espíritu crítico, que cuestionen la información. Educarlos sobre el contenido de la publicidad y eliminar, sobre todo en los/as pequeños/as, la publicidad en las aplicaciones.
- Las redes sociales tienen una edad legal recomendada. Son los padres quiénes deben introducirles en las redes sociales, guiarles y acompañarles. Enseñarles a seleccionar muy bien a los amigos porque van a disponer de información suya. Insistir en la privacidad propia, de la familia y de la de otros; que sea cauteloso con la información que comparte; que debe tratar a los demás con respeto, o relacionarse sólo con quien conozca personalmente. Ha de saber que si hay algo que le incomoda debe decírselo a sus padres. En definitiva, que debe aplicar las mismas reglas a los entornos reales y virtuales. También los padres deben aplicar las mismas reglas: conoce a los amigos de tu hijo/a y lo que hace con ellos.
- Redes sociales: Con los adolescentes hablar de la reputación digital, que sean conscientes de que lo que cuelgan en la red permanecerá y puede repercutir en su vida en un futuro. Que cuestionen su sobreexposición y las consecuencias a medio y largo plazo. Recordarles que el uso no autorizado de datos, imágenes o vídeos tiene consecuencias legales.
- Contenidos digitales: Padres y madres deben informarse sobre juegos, aplicaciones y las edades recomendadas antes de permitir que vean o jueguen con ellos. Mejor aún, es aconsejable que adultos y niños/as vean o jueguen juntos, disfrutando de sus aficiones y así explorar el medio. Progresivamente darán más autonomía, pero los progenitores deben conocer el contenido que consumen. Normas claras, por ejemplo, que los menores no puedan descargar contenido sin autorización de un adulto o el límite de tiempo para los videojuegos.
- Limitar la exposición digital no es la solución, la calidad de los medios de comunicación a los que están expuestos, el llamado “buen tiempo de pantalla”, es más importante que el tiempo que pasa.
- Por último insistir en que la clave es el diálogo y la educación desde edades tempranas. Y fomentar actividades de relación con la naturaleza y deporte, factores protectores frente a la adicción.

Padres y madres tienen la responsabilidad de la educación de sus hijos e hijas, pero no están solos, también la tienen la comunidad educativa y la sociedad en su conjunto. Es necesario aumentar la conciencia social y política respecto al uso de las TIC en menores, es una población vulnerable a la que es necesario proteger.

Los pediatras somos conscientes de esta nueva variable en la salud infantil y juvenil. Hemos de buscar estrategias de promoción de hábitos saludables de consumo mediático y de prevención de los problemas que nos ponen delante Marta García González y José José Gil. Este es el objetivo del Seminario, que lo hagamos juntos.

Bibliografía

- World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. World Health Organization. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.
- Ministerio de Sanidad. Recomendaciones sobre Actividad Física, Sedentarismo y Tiempo de pantalla. 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Tabla_resumen_Recomendaciones_ActivFisica.pdf.
- Council on Communication and media. American Academy of Pediatrics. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. Pediatrics 2016; 138(5): e20162592. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2592>.
- Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. Paediatrics Child Health 2019; 24(6): 402-408. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pch/pxz095>.
- Madigan S, Browne D, Racine N, et al. Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test. JAMA Pediatr. 2019; 173(3): 244-250. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056>.
- Livingstone S, Blum-Ross A. Parenting for a Digital Future: How Hopes and Fears about Technology Shape Children's Lives. 1 ed. Oxford University Press; 2020.
- Bach E, Jiménez M. Madres y padres influencers. 1 ed. Barcelona; 2019.
- Pons M, Bordoy A, Alemany E, Huget O, Zagaglia A, Slyvka S, Yáñez A. Hábitos familiares relacionados con el uso excesivo de pantallas recreativas (televisión y video-juegos) en la infancia. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: e202101002. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101002.pdf.
- Informe Cáritas y Ministerio Sanidad. Impacto de las pantallas en la vida de la adolescencia y sus familias en situación de vulnerabilidad social: realidad y virtualidad. 2022. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2022/202202_CARITAS_Informe_completo_Estudio_impacto_pantallas_vida_adolescencia_y_familias.pdf.
- Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud (FAD) y Fundación MAPFRE (2018). Jóvenes en el mundo virtual: usos, prácticas y riesgos. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5597_d_mapfre_riesgos_tic200918.pdf.
- Calderón Gómez D, Gómez Miguel A. Consumir, crear, jugar. Panorámica del ocio digital de la juventud. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. 2022. DOI: 10.5281/zenodo.6338126.
- Consejería de familia, juventud y política social. Comunidad de Madrid. Guía de padres nuevas tecnologías. 2021. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/juventud/cuidate-guia_padres_nuevas_tecnologias.pdf.
- Gordo A, De Rivera J, Díaz C, García A. Factores de socialización digital juvenil. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. 2019. DOI: 10.5281/zenodo.3958982.
- Sanmartín A, Mejías I. Barómetro. Jóvenes y tecnología 2021 en la Comunidad Valenciana. Trabajo, estudios y prácticas en la incertidumbre pandémica. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. 2021. DOI: 10.5281/zenodo.5744995.
- Cuaderno FAROS del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. 2015. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/cuaderno-faro/nuevas-tecnologias-ninos-adolescentes-guia-educar-saludablemente-sociedad-digital>.

Entrevista a un niño con problemas con las tecnologías

José José Gil

Enfermero Experto en Adicciones. Alicante

Ignorar los problemas generados por las Tecnologías de la Información y Comunicación (Tics) en niños y adolescentes (Ad) es como negar la existencia de la pandemia.

Cuando los casos de COVID inundaban las urgencias, a ningún médico se le ocurrió decir: “lo siento, pero como no hay suficiente evidencia científica” no voy a poder hacer nada por su familiar. Una situación similar surge cuando unos padres se sientan frente al médico de su hijo/a y le muestran su **desesperación por lo que está pasando en la vida del menor**.

El pediatra como profesional de referencia debe tener suficiente formación para valorar la situación y si piensa que no va a poder resolverla, remitir a la familia al recurso correspondiente.

Reconozcamos que al igual que con el COVID, nos enfrentamos a una situación para la que ninguna universidad nos ha preparado, de hecho, pocas facultades están formando a sus alumnos en el desarrollo de esta nueva niñez y preadolescencia metamorfoseada por las Tics.

Nos guste o no, a los más jóvenes desde hace algunos años se les está exponiendo de forma continuada a los aparca-niños tecnológicos (tv, móvil, tablet, videoconsola, etc.), pocas cosas acaparan tanto la atención de los pequeños como los destellos de luces multicolores y los efectos acústicos de las Tics.

Cada vez les compramos antes las videoconsolas y a continuación el móvil (regalo estrella de las comuniones).

Pero al contrario de lo que dicta el sentido común, solo les proporcionamos el aparato, sin ningún tipo de acompañamiento, normas o límites de utilización (es como regalarles un coche sin haberlos formado para su conducción), por lo que cada vez y de forma más temprana aparecen **nuevas patologías**:

- Físicas: dolencias posturales, problemas de sueño, visuales (está aumentando la miopía entre los más jóvenes), etc.
- Psicológicas: desconexión de la realidad, depresión, disminución de la autoestima, lesiones autolíticas, suicidio, etc.
- Sociales: caída fulminante del rendimiento escolar, aislamiento social, distanciamiento familiar, bullying, sexting, grooming, etc.

En el breve tiempo del seminario, pretendo poner mis quince años de experiencia a disposición de los asistentes, para que conozcan **cómo realizar esa primera anamnesis, pero mostrándola desde el punto de vista del adolescente** (como nos ven, escuchan, perciben...).

Si sabemos que puede estar pasando por su mente en cada momento, tendremos una consulta más fluida y una información más fiable para poder intervenir.

Desarrollo de la entrevista:

- Mecánica habitual de una consulta.
- Predisposición del Ad.
- Consignas mentales.
- Trátame cómo quieres que te conteste.
- Yo no tengo ningún problema.
- No estoy enfermo.
- Las 3 condiciones básicas para la entrevista.
- Interésate por mí.
- No me etiquetes.
- Hablemos de gustos y preferencias.
- Ahora, ya podemos charlar sobre Tics.
- Redes sociales, videojuegos o los dos.
- Si no lo conoces yo te lo explico.
- Tiempos.
- Horarios.
- Contenidos.
- Percepción de riesgo.
- ¿Podemos negociar un acuerdo?
- ¿Necesito ayuda especializada?

“Los niños tienen 100 maneras de expresarse, pero les robamos 99”.

Loris Malaguzzi

Pantallas. De la ciberadicción a la educación digital

Marta García González

Formación específica y especialización en delitos de odio, charlas preventivas para menores e instituciones en materia como *ciberbullying*, *sexting* y *grooming*. Alicante

Mi nombre es Marta García, hasta hace un tiempo mi trabajo consistía básicamente en impartir charlas sobre los peligros de Internet para menores incardinadas dentro del Plan Director para la convivencia y mejora de la seguridad escolar de la Policía Nacional. En la actualidad, para poder complementar mi formación, el karma me ha dado una hija adolescente y otro en proceso de serlo. Gracias a ellos he vivido no sólo de forma profesional y práctica la diversidad de problemas que surgen relacionados con esta temática y ahora puedo hacer más énfasis en cuales son los mayores riesgos a los que los menores se exponen en el uso de las TIC y explicar cuáles son los consejos y estrategias que podemos seguir para evitarlos.

Puedo resumir que nos enfrentamos, como profesionales especializados cada uno de un sector y también como progenitores a diferentes tipos de violencia y riesgos relacionados con la violencia sexual o ciberdelincuencia sexual, como puede ser el contacto mediante cualquier tipo de medios tecnológicos con fines sexuales con menores. Así como cuestiones en relación con la corrupción de menores y la pornografía de menores. A este respecto la estadística más reciente señala que cuatro de cada diez chicos y chicas han contactado online con personas que no se conocen previamente (Save The Children, 2019).

El *sexting* es uno de los riesgos más frecuentes, la mayoría de los menores considera que se da “bastante o mucho” el “envío de imágenes privadas y comprometidas (íntimas, de contenido sexual). Según un estudio publicado a finales de febrero 2018 en la revista JAMA Pediatrics, un número considerable de jóvenes menores de 18 años participan o han participado en prácticas de *sexting* en algún momento; en concreto 1 de cada 7 (15%), enviando material sensible y 1 de cada 4 (27%), recibéndolo.

El mismo estudio pone sobre la mesa una cuestión de especial relevancia: la entrada de preadolescentes de entre 10 y 12 años en las prácticas de *sexting*, un grupo de edad que es especialmente vulnerable. Inevitablemente este acceso tan temprano tiene que ver con que actualmente hay una mayor disponibilidad de la tecnología en los hogares, dispositivos cada vez más se entregan antes y cada vez más baratos, lo que hace muy difícil la negativa familiar a la entrega de los mismos.

Es preocupante que tan alto número de niños reciban contenidos sexuales y violentos sin que en ocasiones los adultos tengamos conocimiento y que en otras ocasiones no podamos hacer prácticamente nada.

Intentaré exponerlo pidiendo calma ante un tema tan sensible, buscando la mejor solución y nunca culpabilizando a los menores. Buscar ayuda en medios profesionales, y denunciarlo en caso que sea constitutivo de delito.

Los 10 artículos de mayor impacto en Pediatría en el último año

Carlos Ochoa Sangrador

Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora. Miembro del Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia. Codirector de Evidencias en Pediatría. Zamora

En esta ponencia se presentan los 10 artículos publicados en el último año más relevantes para la Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, es decir, aquellos con más validez, importancia y aplicabilidad en la práctica clínica. Esta selección se ha realizado a partir de los artículos valorados críticamente (AVC) publicados en la revista secundaria "Evidencias en Pediatría (EeP)". EeP es una publicación secundaria cuyos contenidos son elaborados conforme a los postulados metodológicos de la medicina basada en la evidencia.

En el procedimiento de selección de artículos se ha tenido en cuenta la puntuación de calidad de los artículos, sistemáticamente asignada en el proceso editorial de EeP, y criterios subjetivos temáticos relacionados con la Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria. A continuación se presenta un resumen de cada artículo y su valoración crítica; el orden de los mismos no implica jerarquía de importancia. El lector que quiera ampliar información puede consultar los artículos originales o acudir a la web de EeP y consultar los resúmenes estructurados y los comentarios críticos disponibles.

1. **Nirsevimab previene infecciones por virus respiratorio sincitial en lactantes a término, pero no están claros su beneficio clínico ni su eficiencia.** El VRS sigue siendo el responsable de la mayor morbi-mortalidad por bronquiolitis. Es obvia la necesidad de encontrar una adecuada estrategia preventiva. Hasta el momento, aparte de las medidas higiénicas, sólo el uso de un anticuerpo monoclonal (palivizumab) ha mostrado cierto beneficio, aunque en población de riesgo y con muchas limitaciones. Después de un estudio con resultados esperanzadores de un nuevo anticuerpo de vida media más prolongada (nirsevimab) en prematuros de entre 29 y 34 + 6/7 SG3, por requerir una sola dosis por temporada, se ha realizado un ensayo clínico en prematuros tardíos y neonatos a término¹. Se trata de un estudio complejo bien diseñado y ejecutado. Sus resultados mostraron la necesidad de tratar a 26 lactantes para evitar un episodio de bronquiolitis por virus respiratorio sincitial, no necesariamente grave. Sin embargo, el estudio no ha demostrado beneficio para prevenir ingreso hospitalario, ni eficacia en prematuros tardíos. Por ello, no aporta evidencia para justificar su indicación generalizada para la prevención en la población de bajo riesgo estudiada. Serían necesarios estudios de coste-efectividad independientes para estimar la utilidad y eficiencia del tratamiento y establecer sus indicaciones².
2. **Alergia al cacahuete en niños: probable ventana de oportunidad para la desensibilización.** La alergia al cacahuete es un problema de salud importante en algunos países como EE.UU., donde afecta a alrededor del 2% de la población. Con frecuencia, este es un problema que perdura en el tiempo, por lo que hay un riesgo de anafilaxia inducida por exposición accidental al cacahuete. Parece, por ello, importante establecer

vías de desensibilización para conseguir la tolerancia clínica o, al menos, disminuir el umbral de producción de reacciones graves ante exposiciones accidentales. En un ensayo clínico aleatorizado de buena calidad metodológica, se comparó en niños alérgicos entre 1 y 4 años una pauta de inmunoterapia con proteína de cacahuete con placebo, para conseguir la tolerancia en prueba de provocación³. Se empleó una pauta de dosis ascendentes (0,1 mg a 2 g) durante 30 semanas y un mantenimiento durante 104 semanas más. Hubo un alto porcentaje de pérdidas, diferencial a favor de la intervención. Se consiguió la desensibilización en el 71% (intervalo de confianza del 95% [IC 95: 56,1 a 80%]) de los participantes del grupo intervención, frente al 2% (IC 95: 0,05 a 11%) del grupo control. Los porcentajes respectivos de remisión clínica al final del estudio fueron del 21% (IC 95: 13 a 30%) y 2% (IC 95: 0,05 a 11%), respectivamente. Esto supone que, para conseguir la desensibilización y la remisión clínica en un paciente, habría que tratar 3 y 10 pacientes, respectivamente⁴. La mayoría de los pacientes tuvieron alguna reacción adversa, aunque sólo en el 2% fueron graves. Sería interesante contar con estudios similares en niños alérgicos a otras proteínas ingeridas de forma más habitual en nuestro medio.

3. **La vacuna BNT162b2 parece tener una alta efectividad frente a la infección y enfermedad por SARS-CoV-2 en adolescentes.** La autorización de la vacuna BNT162b2 en niños y adolescentes se basó inicialmente en ensayos clínicos en los que se comprobaron, fundamentalmente, su seguridad e inmunogenicidad, aunque los datos de eficacia, por encima del 90%, se vieron limitados por el bajo riesgo de las poblaciones estudiadas (poco más de 2500 sujetos vacunados y sólo 34 casos entre los no vacunados, ninguno grave). Por ello, resultan necesarios estudios observacionales que ofrezcan una estimación de la efectividad. En este estudio de cohortes, realizado en Corea del Sur, se comparó la incidencia de COVID-19 confirmado en 454.876 escolares de aproximadamente 18 años, a los que se ofreció la vacunación (en julio de 2021), con la de 845.089 de 16-17 años, sin indicación vacunal⁵. La efectividad vacunal frente a COVID-19 sintomático y asintomático fue de 91,1% (IC 95: 89,9 a 92,5) ≥ 14 días tras la primera dosis y de 99,1% (IC 95: 98,5 a 99,5) ≥ 14 días tras la segunda dosis, que implica que por cada 285 personas vacunadas hubo un caso menos de COVID-19 (IC 95: 274 a 297)⁶. Además, el riesgo de efectos adversos graves, como la miocarditis-pericarditis fue muy bajo (entre 1,8 casos y 4,3 casos por 100.000 tras la primera y segunda dosis, respectivamente). Aunque los resultados podrían ser aplicables en nuestro entorno, hay que tomar en consideración la capacidad de mutación del virus, ya que, como hemos ido viendo, pueden surgir variantes y la respuesta a la vacuna podría ser diferente.

- 4. En niños ¿se puede acortar el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad a 3 días?** La neumonía adquirida en la comunidad es una entidad frecuente en los niños y adolescentes. Se trata de uno de los motivos más frecuentes para la prescripción de antibióticos. Existe acuerdo sobre que la amoxicilina es el antibiótico de elección para la NAC con sospecha de infección bacteriana, sin embargo, no están claras la duración y la dosis más apropiada. En este ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, factorial, de no inferioridad, realizado en Reino Unido e Irlanda, se aleatorizaron 824 niños en cuatro grupos, a recibir dosis de amoxicilina bajas (30-50 mg/kg) o altas (70-90 mg/kg), y además, durante 3 o 7 días⁷. La medida principal de efecto fue la necesidad de tratamiento antibiótico en los siguientes 28 días por una infección respiratoria tras el alta, con un margen de no inferioridad del 8%. Los tratamientos a dosis bajas y de corta duración no fueron inferiores a los de altas dosis y larga duración (diferencias respectivas: +0,2%, [IC 95: -3,7 a 4,0] y +0,1% [IC 95: -3,8 a 3,9]). Entre los efectos adversos sólo la erupción cutánea fue menos frecuente en los tratados 3 días respecto los de 7 días (22% y 27%), sin otras diferencias de seguridad. Este y otros trabajos publicados invitan a revisar la dosis y duración del tratamiento; aunque se necesitan más estudios para establecer la pauta más idónea⁸.
- 5. Las vacunas triple vírica y varicela no se asocian con un mayor riesgo de autismo o encefalopatía.** La incidencia de sarampión es empleada por la Organización Mundial de la Salud como indicador de la fortaleza de los sistemas de inmunización. Diversas barreras impiden alcanzar coberturas vacunales superiores al 95% que permitirían cortar su transmisión. En los países desarrollados una de esas barreras es el creciente rechazo a la vacunación. Por ello, resulta justificado analizar y difundir la efectividad y, especialmente, la seguridad de la vacuna triple vírica y otras vacunas del calendario vacunal. En una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane se analizaron 51 estudios sobre efectividad y 87 estudios sobre seguridad⁹. La efectividad de la vacuna del sarampión con una dosis fue del 95% (riesgo relativo [RR]: 0,05; IC 95: 0,02 a 0,13) y del 96% después de dos dosis (RR: 0,04). La efectividad de la triple vírica (TV) frente a parotiditis con una dosis fue del 72% (RR: 0,24), y del 86% con dos dosis (RR: 0,1). La efectividad de la vacuna de la rubeola con la cepa BRD2 (solo empleada en China) es del 89% (RR 0,11, IC 95: 0,03 a 0,42). La efectividad de la vacuna contra la varicela después de dos dosis en niños de 11 a 22 meses es del 95%, en un seguimiento de 10 años. Hay evidencia de la asociación entre meningitis aséptica y TV con cepas Urabe y Leningrad-Zagreb, pero no con la cepa Jeryl Lynn, que es la más empleada. Existe asociación entre las tres vacunas y la presencia de convulsiones febriles, con un riesgo atribuible de 1 por 1.700 a 1 por 1.150 dosis administradas. El riesgo de púrpura trombopénica inmune tras vacunación es inferior al producido por la infección y no existe evidencia de asociación entre la TV y la encefalitis o encefalopatía y el trastorno del espectro autista. Podemos concluir que la inmunización durante la infancia con varicela y TV es una práctica efectiva y segura, asociada a efectos secundarios leves y con menos frecuencia que los que se producen con la infección natural¹⁰.
- 6. Quinolonas en adolescentes: una contraindicación relativa, no absoluta.** Las fluoroquinolonas (FQ) en niños están aprobadas para su uso en pacientes con fibrosis quística con infecciones broncopulmonares causadas por *Pseudomonas aeru-*

ginosa, y en determinadas infecciones graves, habitualmente fuera de indicación, por las dudas sobre sus efectos adversos. En este estudio retrospectivo de cohortes, basado en registros de seguros privados en EE.UU. se compararon 275.767 prescripciones de FQ con 7.365.684 de otros antibióticos, en pacientes de 12 a 18 años¹¹. La FQ más utilizada fue ciprofloxacino (75%), y entre los otros antibióticos azitromicina (45%) y amoxicilina-clavulánico (19%). Se registraron las roturas tendinosas en 13,6 por cada 100.000 prescripciones de FQ (IC 95: 9,4 a 17,8) y 11,6 por cada 100.000 (IC 95: 9,8 a 13,5) con otros antibióticos. El número necesario para dañar (NND) fue de 52.632, es decir se necesita tratar más de 50.000 adolescentes con FQ para que se produzca una rotura de tendón¹². En tendinitis el NND fue de 4.400. Aunque el riesgo es bajo, la utilización de FQ se debería indicar cuando no hay tratamientos alternativos, ponderando otros factores de riesgo individuales.

- 7. La antibioterapia diferida en infecciones respiratorias en niños reduce el uso de antibióticos.** Los antibióticos se prescriben en exceso, siendo esta práctica más pronunciada para las infecciones del tracto respiratorio, lo que puede contribuir a aumentar la resistencia antimicrobiana, por lo que algunas guías recomiendan su prescripción diferida para disminuir el uso inapropiado. En este ensayo clínico aleatorizado realizado en 39 centros de Atención Primaria en España, se incluyeron niños entre 2 y 14 años atendidos por faringitis, rinosinusitis, bronquitis aguda u otitis media aguda, con dudas sobre la indicación antibiótica¹³. Se aleatorizaron 436 pacientes a recibir prescripción diferida (PD), prescripción inmediata (PI) o no prescripción (NP), estratificando por tipo de enfermedad. La intervención fue abierta, recibiendo los asignados a PD instrucciones para iniciar el tratamiento: el niño no estaba mejor en un plazo prefijado, tenía fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ durante 24 horas o $\geq 38^{\circ}\text{C}$ pero $< 39^{\circ}\text{C}$ durante 48 horas o el niño empeoraba. En la evolución recibieron antibiótico el 25,3% de los asignados a PD, por un 96% y 12% de los grupos con PI y NP. No hubo diferencias de gravedad o duración de los síntomas entre los 3 grupos. El estudio muestra la importancia de la información a las familias y del seguimiento adecuado del paciente para una correcta prescripción antibiótica, sobre todo diferida o sin tratamiento¹⁴. La prescripción diferida permite disminuir el uso de antibiótico, no aumenta los riesgos si la información y el seguimiento es adecuado y disminuye los efectos secundarios asociados.
- 8. El cribado secundario reduce la edad y la gravedad al diagnóstico de la displasia de caderas de presentación tardía.** A pesar de los programas de cribado universal neonatal, clínico o ecográfico, se siguen presentando casos de displasia de desarrollo de cadera (DDC) de diagnóstico tardío. Este estudio es el primero que intenta cuantificar el efecto de un cribado secundario en el diagnóstico y pronóstico de la DDC de presentación tardía. Es un análisis retrospectivo de los archivos hospitalarios de un registro nacional sueco¹⁵. Se incluyen todos los casos de diagnóstico tardío de DDC (posterior a los 14 días de vida) en una cohorte de 1.013.589 nacidos entre los años 2000 y 2009, con seguimiento hasta fines de 2017 (rango 8 a 18 años). El hallazgo más relevante es que el cribado secundario fue capaz de diagnosticar el 55% de las DDC de presentación tardía (el 60% en mayores de 6 meses). Previamente al inicio del programa de despistaje de DDC en Suecia, el 85% de los diagnósticos se realizaron

por encima de los 12 meses de edad. Los casos diagnosticados por síntomas, fuera del cribado presentaban mayor gravedad. Este trabajo apoya la eficacia del cribado secundario, aunque sin clara evidencia de que el diagnóstico por síntomas, con mayor grado de displasia, sea consecuencia de la ausencia de cribado o de falsos negativos del mismo¹⁶.

- 9. Ondansetrón, antiemético eficaz para los vómitos de los niños con gastroenteritis aguda.** El uso de medicamentos para controlar los vómitos en las gastroenteritis agudas y disminuir los ingresos para rehidratación intravenosa ha sido cuestionado por la posibilidad de que sus efectos secundarios puedan superar a los beneficios. Esta revisión sistemática con metaanálisis en red analiza la evidencia experimental disponible sobre metoclopramida, ondansetrón, domperidona, dexametasona, dimenhidrinato, alizapride y granisetron¹⁷. Se revisaron 24 estudios que incluían 3.482 niños. Ondansetrón oral era la única intervención que superaba al placebo en el control de los vómitos y en la disminución de ingresos, sin producir mayor número de efectos secundarios. Suponiendo una probabilidad de ingreso del 50%, habría que tratar a 5 pacientes con ondansetrón, para evitar un ingreso¹⁸. La calidad de la evidencia disminuye cuando se analizan los pacientes con vómitos más intensos (más de 4 a la hora), lo que cuestiona su aplicabilidad a los cuadros más graves. Ondansetrón parece un medicamento seguro y eficaz para disminuir los vómitos por gastroenteritis aguda y disminuir los ingresos hospitalarios para rehidratación intravenosa. No obstante, la extensión de su indicación, especialmente a Atención Primaria, debe tener en cuenta efectos adversos poco frecuentes pero potencialmente graves, no evidenciados en la limitada serie de pacientes incluidos en los estudios analizados.

- 10. ¿Es eficaz la alarma de enuresis?** La enuresis es un problema de salud de naturaleza benigna, pero que con alta prevalencia y repercusión en la calidad de vida del niño y su familia. Esta revisión sistemática de la Colaboración Cochrane actualiza y amplía las 6 anteriores realizadas por esta misma institución sobre el tratamiento de la enuresis. Incluye 7 comparaciones diferentes con la alarma como monoterapia o en combinación con otros tratamientos¹⁹. Los resultados más significativos por mayor tamaño de efecto son los que comparan alarma frente a control/no tratamiento, presentando 2,68 más noches secas/semana y aumentando la proporción de niños que mantienen 14 noches secas durante el tratamiento del 13% en el grupo control al 65% en el grupo de intervención (alarma), habiendo que tratar a 2 pacientes para tener éxito en uno²⁰. Sin embargo, para el resultado de mantener 14 noches secas tras terminar el tratamiento habría que tratar a 6 pacientes para tener éxito en uno. La alarma es discretamente mejor que placebo y similar al tratamiento conductual para el resultado de 14 noches secas durante el tratamiento. Añadir alarma al tratamiento conductual es más eficaz que solo el tratamiento conductual. La comparación con la desmopresina favorece a la alarma para el resultado postratamiento y ambas terapias combinadas son mejor que la desmopresina sola. La calidad de la evidencia es generalmente baja, sobre todo por dificultades en el cegamiento y por insuficiente información respecto a la aleatorización. Pocos estudios hicieron seguimiento postratamiento, por lo que no pudieron medir la medida del efecto 14 noches secas tras terminar el tratamiento, la de mayor interés para los pacientes.

Bibliografía

- Hammit LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi SA, et al.; MELODY Study Group. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. *N Engl J Med*. 2022; 386: 837-46.
- Ochoa Sangrador C, Balaguer Santamaría A, González de Dios J. Nirsevimab previene infecciones por virus respiratorio sincitial en lactantes a término, pero no están claros su beneficio clínico ni su eficiencia. *Evid Pediatr*. 2022; 18: 17.
- Jones SM, Kim EH, Nadeau KC, Nowak-Wegrzyn A, Wood RA, Sampson HA, et al. Efficacy and safety of oral immunotherapy in children aged 1–3 years with peanut allergy (the Immune Tolerance Network IMPACT trial): a randomised placebo-controlled study. *Lancet*. 2022; 399: 359-71.
- Flores Villar S, Molina Arias M. Alergia al cacahuete en niños: probable ventana de oportunidad para la desensibilización. *Evid Pediatr*. 2022; 18: 19.
- June Choe Y, Yi S, Hwang I, Kim J, Park YJ, Cho E, et al. Safety and effectiveness of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in adolescents. *Vaccine*. 2022; 40: 691-4.
- Fraile Astorga G, Ochoa Sangrador C. La vacuna BNT162b2 parece tener una alta efectividad frente a la infección y enfermedad por SARS-CoV-2 en adolescentes. *Evid Pediatr*. 2022; 18: 18.
- Bielicki JA, Stöhr W, Barratt S, Dunn D, Naufal N, Roland D, et al. Effect of Amoxicillin Dose and Treatment Duration on the Need for Antibiotic Re-treatment in Children With Community-Acquired Pneumonia: The CAP-IT Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021; 326: 1713-24.
- Ruiz-Canela Cáceres J, Pérez-Moneo Agapito B. En niños ¿se puede acortar el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad a 3 días? *Evid Pediatr*. 2022; 18: 7.
- Di Pietrantonj C, Rivetti A, Marchione P, Debalini MG, Demicheli V. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 4: CD004407.
- Fernández Rodríguez MM, Aparicio Rodrigo M. Las vacunas triple vírica y varicela no se asocian con un mayor riesgo de autismo o encefalopatía. *Evid Pediatr*. 2022; 18: 2.
- Ross RK, Kinlaw AC, Herzog MM, Funk MJ, Gerber JS. Fluoroquinolone Antibiotics and Tendon Injury in Adolescents. *Pediatrics*. 2021; 147: e2020033316.
- González Rodríguez MP, Flores Villar S. Quinolonas en adolescentes: una contraindicación relativa, no absoluta. *Evid Pediatr*. 2021; 17: 40.
- Mas Dalmau G, Villanueva López C, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Argüelles Prendes E, Espinazo Ramos O, Valls Durán T, et al. Delayed Antibiotic Prescription for Children With Respiratory Infections: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2021; 147: e20201323.
- Pérez González E, Aizpurúa Galdeano P. La antibioterapia diferida en infecciones respiratorias en niños reduce el uso de antibióticos. *Evid Pediatr*. 2021; 17: 32.
- Wenger D, Tiderius CJ, Düppe H. Estimated effect of secondary screening for hip dislocation. *Arch Dis Child*. 2020; 105: 1175-1179.
- Oltra Benavent M, Cuestas Montañés E. El cribado secundario reduce la edad y la gravedad al diagnóstico de la displasia de caderas de presentación tardía. *Evid Pediatr*. 2021; 17: 31.
- Niño-Serna LF, Acosta-Reyes J, Veroniki AA, Flórez ID. Antiemetics in children with acute gastroenteritis: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2020; 145: e20193260.
- Rodríguez-Salinas Pérez E, Martínez Rubio V. Ondansetrón, antiemético eficaz para los vómitos de los niños con gastroenteritis aguda. *Evid Pediatr*. 2021; 17: 23.
- Caldwell PH, Codarini M, Stewart F, Hahn D, Sureshkumar P. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 5: CD002911.
- España Olcina MJ, Fraile Astorga G. ¿Es eficaz la alarma de enuresis? *Evid Pediatr*. 2021; 17: 19.

Cuidemos la comunicación para cuidar la salud

Penélope Boñar del Pino

Formadora especializada en comunicación consciente. Las Palmas de Gran Canaria

¿Qué es la comunicación consciente? Yo la defino como el arte de dejar de hablar (y de hablarnos) como nos sale, y empezar a hacerlo como lo merecemos y como lo merece nuestro interlocutor y la situación. La valentía de cambiar automatismo por conciencia plena. Porque no es lo mismo hablar, que comunicar, persuadir y conectar.

Y si en la vida en general la comunicación es una habilidad deseable (para mejorar la relación con uno mismo y con los demás), en el ámbito sanitario debería ser una asignatura más del temario de cada año. Y es que no es suficiente con lo que el profesional sabe. Necesita saber cómo comunicarlo para que el mensaje llegue, y con él, la salud y la protección.

¿Y tú? ¿Hablas o enriqueces? Veámoslo con un ejemplo práctico: imagina que tienes delante a un paciente con muy malos hábitos alimenticios que necesita cambiar, y que además, debe empezar a tomar una medicación de la que no se fía, porque le han dicho que es muy agresiva.

Le dices “Mire, Juan, esto que desayuna debe sustituirlo por una opción más saludable, porque solo esa porción contiene 37 gramos de grasas saturadas! Además, es conveniente que tome esta medicación, que sí, es un poco fuerte, pero no se preocupe, porque solo en 20% de los casos tiene efectos secundarios.”

¿Lo dirías así? ¿Es correcto? Correcto es, puesto que la información objetiva es esa. Pero: ¿Es eficaz? ¿Logrará que el paciente cambie sus hábitos alimentarios y se decida a tomar la medicación? Pues seguramente no.

Primero, porque para argumentar lo nocivo del desayuno que ingiere, lo que se le ha aportado es un número, una cantidad: 37 g de grasa. ¿Y ese dato es disuasorio? No sabemos si Juan en su cabeza va a entender lo que ese número implica, y por tanto, las consecuencias. ¿Cuánto son 37 gramos de grasas saturadas?

Si en vez de un dato abstracto, se lo traducimos a una imagen, seremos más persuasivos, porque tendrá una representación concreta en su cabeza de lo que está comiendo y, por tanto, de lo peligroso que es: “Juan, cuando usted desayuna esto, está comiendo la grasa equivalente a 3 hamburguesas y 2 porciones de mantequilla”¹. Esto sí lo entiende todo el mundo.

En el caso del medicamento, también estamos dando la información desde una perspectiva poco eficaz. Si le damos la vuelta y decimos que la medicación “no tiene efectos secundarios en el 80% de los casos” aumentamos las probabilidades de que la tome, gracias al marco de presentación². Y es que la forma en la que se expone un mensaje, influye en el cómo es recibido.

En conclusión: **no basta con saber, hay que saber comunicar.**

Y para ello, propongo tres perspectivas desde donde trabajar esta habilidad:

1. El arte de la comunicación. El proceso de comunicar no es tan sencillo como nos contaron en la escuela: emisor-receptor-mensaje-canal-código. ¿Se cumple todo? Mensaje llega.

Pues no. La comunicación es compleja, (me gusta más decir que es “arte”). Por eso, hay que explorar lo menos evidente, los matices que hacen que una misma palabra llegue de una forma o de otra. ¿Qué expresa nuestro cuerpo? ¿Cuánto comunica nuestra entonación y nuestros gestos? ¿Por qué nos acordamos de algunas palabras incluso años después, y otras ni siquiera durante un día? Entender el fascinante papel de nuestro cerebro nos ayuda a ver las piezas del puzzle de la comunicación: la atención selectiva, el poder de las imágenes y los procesos de percepción y memoria a corto o largo plazo, entre otras.

2. La emoción en la comunicación. No somos seres racionales como nos gusta pensar. No funcionamos solo con lógica. Una buena razón no es una herramienta de convicción eficaz. Somos seres emocionales, funcionamos con conexión, confianza, motivación (y también con errores en nuestro razonamiento). Por eso, la comunicación no debe contemplarse solo desde el intelecto, sino trabajarse mediante la inteligencia emocional.

Y lo primero es empezar por nosotros mismos (inteligencia intrapersonal). ¿Que siempre nos olvidamos de esta parte! La comunicación interna del propio profesional sanitario es clave: cómo se conoce, cómo identifica sus emociones, ¿cómo las maneja! ¿Entiende su función, incluso la de las emociones, mal llamadas, negativas? ¿O es de los que citan a Mr. Wonderful con sus frases tipo “Lo importante es siempre sonreír”? (Spoiler, no, no es lo más importante, ni lo más sano.) Ser emocionalmente inteligentes, nos lleva a ser serlo socialmente: a saber cómo entender, conectar y empatizar con los demás.

Y esto es lo que le permitirá influir positivamente sobre la salud de sus pacientes. Porque las personas creemos y escuchamos a aquellos en quienes confiamos, así que ser capaces de generar esa cercanía es una habilidad de comunicación clave. Y sí, existe. Se llama “Rapport”, ¿la conoces? Es una fórmula para crear conexión, gracias a nuestras neuronas espejo. De la misma forma que hay métodos para expresar empatía (y palabras a evitar, como “pero”, porque la destruyen), así como recursos para lograr persuadir, como los 6 principios de Robert Cialdini³.

3. La flexibilidad en la comunicación. Los grandes comunicadores saben adaptar su mensaje a los diferentes momentos, contextos, canales, interlocutores... ¿Cómo cambia cuando es por teléfono y dejamos de ver la cara de la otra persona? ¿Y a través de una pantalla? ¿Qué técnicas aplicar para lograr que sea tan efectiva como en persona? ¿Y según la edad de mi interlocutor? Un adolescente no tiene la misma forma de razonar que un adulto. De hecho, su cerebro está diseñado para razonar poco, tener inclinación hacia lo nuevo y lo peligroso, y buscar placer inmediato.

¡Su futuro es el fin de semana! Sabiendo esto, ¿cómo modificar nuestra forma de acercarnos y argumentar con ellos? Nunca hay dos comunicaciones iguales y estar preparados para esa diversidad, nos hará saber diseñar una comunicación exitosa.

¿Y todo esto para qué? ¿No hay ya bastante trabajo que hacer, suficientes preocupaciones, poco tiempo y mucha urgencia? Pues sí. Añadir un trabajo extra a la apretada agenda del día a día no es un esfuerzo sencillo. Lo que sí es, es un esfuerzo necesario y de mucho valor, ya que como afirma la OMS: “La salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social”⁴.

Y esa salud global no se logra solo con medicina, sino también con conexión y humanidad. Y esto se consigue con nuestra más consciente comunicación. Por eso repito: cuidemos la comunicación, para con ello, cuidar la verdadera salud.

Bibliografía

1. Heath, Chip, Heath, Dan. Ideas que pegan. Madrid: LID Editorial Empresarial; 2011.
2. Punset, Eduard. Excusas para no pensar. Barcelona: Destino; 2014.
3. Cialdini, Robert. Influencia – La psicología de la persuasión. Madrid: HarperCollins; 2022.
4. OMS. Preguntas más frecuentes. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.

Entender y acompañar el duelo en la infancia

Montserrat Esquerda Aresté

Pediatra. Hospital Sant Joan de Déu terres de Lleida. Institut Borja de Bioética-URL. Barcelona

Muerte y duelo en los niños

Niño y muerte, en nuestra sociedad, parecen palabras antagónicas. Hablar de la muerte con los niños o hablar de la muerte de niños es un tema difícil, especialmente en una cultura como la nuestra en la que muerte y sufrimiento se han convertido en los nuevos tabúes modernos, agujeros negros en la antropología cultural.

En una época anterior, la muerte formaba parte de la sociedad y de su vida cotidiana, lo que el historiador Philippe Ariès llamaba “muerte doméstica”. Había miedo también alrededor de la muerte, había dolor y sufrimiento, por supuesto, pero era una muerte conocida y cercana, familiar y pública.

Pero en unas décadas, la muerte se ha alejado de la vida cotidiana: se muere en centros sanitarios, se vela y se entierra en tanatorios alejados del centro de las ciudades, lugares donde no se acostumbra a ver a niños y jóvenes. En un periodo de tiempo relativamente corto, la muerte ha desaparecido de nuestro día a día, se ha escondido en las periferias y parece ajena a la propia experiencia, incluso opcional, como algún autor llama “*the death of dying*”. Desaparecen también gran parte de los rituales relacionados con el duelo, los signos externos ya no se ven y

las manifestaciones del duelo se viven más en la intimidad que en la esfera pública.

Al “desculturizar la muerte y el duelo” nuestra sociedad ha alejado a las personas en final de vida y duelo de la sociedad, principalmente a los niños, y ese alejamiento hace que tengan que vivir la experiencia con mayor soledad, sin encontrar espacio, referentes o incluso rituales. El tabú de la muerte puede ser analizado como un fenómeno social o cultural, pero debemos ser conscientes que provoca un aumento de sufrimiento, en los niños en final de vida y duelo.

En una sociedad marcada por el tabú de la muerte, los niños y jóvenes serán los más abandonados, a la ignorancia y el desconocimiento, a la soledad y a los miedos, pues es en el mundo de la infancia donde los tabúes crean raíces y se convierten a veces en monstruos.

Si con los adultos en duelo funcionamos, a menudo, a base de “frases prefabricadas” o preconcepciones, con los niños aún las utilizamos más. Es común escuchar ante un menor en duelo: “los niños no se enteran demasiado”, “los niños sufren menos el duelo que los adultos o muy pronto se recuperan” o “los niños tienen mayor capacidad de adaptarse a todo”. Son sen-

Tabla I. El concepto de muerte en el niño según las etapas evolutivas

Preescolar (2-5 años)

- Pensamiento pre operacional, concreto y literal. Puede personalizar la muerte
- Considera la muerte como temporal, reversible y de causa externa
- Egocentrismo mágico: todo lo que acontece tiene relación con él mismo, riesgo de considerar la muerte como un castigo. Confunde deseos y pensamientos con eventos
- Preguntas muy concretas y repetitivas. Quiere la misma respuesta
- Explicar la muerte como no-funcionalidad. Alejada de la realidad cotidiana, y de lo que ve o toca pero no puede entender todavía el no-lugar o el cambio de estado
- Evitar símbolos o metáforas, las entiende literalmente
- Los cuentos pueden ayudar

Escolar (6-11 años)

- Pensamiento pre-operacional tardío y operacional concreto. Inicia la comprensión del no retorno, la universalidad y la causalidad (puede empezar a entender causa-efecto)
- Mucha curiosidad por temas relacionados con la muerte y el morir. Si los dejamos, preguntan mucho
- Empieza a aparecer el miedo a que mueran los padres o uno mismo
- Iniciar simbolización y abstracción: podemos introducir el cambio de estado

Adolescente

- Etapa identitaria en la que se mezclan factores de desarrollo físico y fisiológico así como desarrollo cognitivo (la adquisición del pensamiento formal y social), y la búsqueda del rol
- Se empieza a plantear la muerte de forma abstracta y existencial
- Se cuestiona las explicaciones recibidas. Necesita ser escuchado y entendido
- Ayudarán las lecturas, poesía, música...

tencias que más que responder a la realidad, responden quizá a nuestros deseos.

Por ello, creo que es importante empezar grabando a fuego esta sentencia: “La muerte de una persona significativa en la vida de un niño es uno de los acontecimientos más estresantes que puede experimentar”. Así se inicia un artículo sobre duelo en la revista *Pediatrics* de la Asociación Americana de Pediatría sobre el duelo y los pediatras.

El duelo es la respuesta, normalmente natural y adaptativa, que se produce ante la muerte de una persona querida, para intentar asimilar la pérdida, aceptar la ausencia, manejar emociones y sentimientos contradictorios, diversos, y todos ellos de elevada intensidad, y aprender a sobrevivir. El duelo activa un conjunto muy diverso de respuestas emocionales, cognitivas, funcionales y conductuales, que varían en intensidad, duración y formas de expresión. El psiquiatra George Engel utilizó la imagen del duelo como una herida, comparando el proceso de pérdida de una persona querida al de lesión y reparación después de recibir una herida, como un proceso de ajuste y reparación.

La muerte de una persona importante en la vida de un niño es uno de los peores episodios que puede experimentar en su vida, y tiene un impacto no solo en el momento en que se produce sino de forma duradera en el tiempo. Este impacto abarca no solo ámbito de salud mental, sino también salud física, ámbito académico, con riesgo de disminución del rendimiento académico y abandono escolar, y ámbito social, con posibilidad de incremento de conductas de riesgo. Las consecuencias pueden persistir hasta la edad adulta.

La afectación en duelo está ligada al estrés crónico infantil, los llamados *Adverse Children Events*. Este estrés es duradero, pues cuando fallece alguno de los padres o un hermano, no pierde solo una persona importante para él, sino que también pierde un sistema familiar de soporte determinado.

La *Historia interminable*, un libro con el que muchos hemos disfrutado largas tardes leyendo, pero pocos recordamos que es un libro sobre el duelo.

La madre de Bastián Baltasar Bux había fallecido poco antes del inicio de la historia. Es curioso que, a menudo, al comentar el libro se recuerde con mucha facilidad que Bastián sufría

Tabla II. Manifestaciones normales en duelo y signos de alerta según edad

Preescolar (2-5 años): Duelo normal

- Inicialmente no suele mostrar ninguna reacción (no comprensión), puede mantener la capacidad de jugar y reír en momentos de desesperación
- Puede haber regresiones y pérdidas de capacidades ya adquiridas (enuresis nocturna, chupar el pulgar...)
- Dificultad para comprender la irreversibilidad y permanencia. Puede seguir preguntando repetidamente cuándo volverá la persona muerta durante meses
- Puede sentirse asustado por las reacciones de duelo del entorno. Aumentan los miedos en general
- Deseo de “reemplazo”: preguntar a mamá porque no busca otro papá, otro hermanito...

Signos de alerta

- Ansiedad de separación persistente después de volver a la rutina
- Persistencia de comportamientos regresivos superior a los 6 meses

Escolar (6-11 años): Duelo normal

- Las manifestaciones más frecuentes son la tristeza y el llanto, pero no siempre aparecen. Muchas veces se esconden para llorar
- Aumentan ansiedades, con miedos o preocupaciones excesivas
- La culpa puede estar asociada a eventos reales magnificados, en remordimientos por no haber hecho o dicho algo
- Es frecuente que aparezcan dificultades de comportamiento o conducta en la escuela, en casa o en grupos de amigos. A veces cuesta identificarlas como manifestaciones de duelo
- Déficit de atención, el rendimiento escolar a menudo disminuye
- Pueden aparecer síntomas somáticos: dolor de cabeza, de estómago, astenia
- Pueden “percibir la presencia” de la persona muerta
- Vigilar la tendencia a sustituir a la persona muerta, asumiendo excesivas responsabilidades

Signos de alerta

- Persistencia de bajo rendimiento escolar, alteraciones conductuales graves, ansiedad persistente, deseo reiterado de reunirse con la persona muerta, adoptar el comportamiento y vestimenta del difunto

Adolescente: Duelo normal

- Sentimientos de tristeza, rabia, culpa y miedos más similares a los adultos, pero con más dificultades para expresarlos
- Pueden aumentar las conductas de riesgo

Signos de alerta

- Absentismo escolar persistente
- Depresión, ansiedad, consumo alcohol o tóxicos, precocidad sexual

bullying en la escuela, pero cuando ponemos el punto de mira en la muerte de su madre, parece que no lo recordamos. Pero lo explica así:

“En sus recuerdos, volvió a ver de repente el largo pasillo de la clínica en la que la madre había sido operada. Él y su padre habían esperado muchas horas sentados frente a la sala de operaciones. Muchos médicos y enfermeras corrían de un lado para otro... Al final vino un hombre calvo, con una bata blanca, que parecía cansado y triste. Les dijo que todos los esfuerzos habían sido inútiles y que lo sentía mucho. Les estrechó las manos a los dos y susurró «mi sincero pésame». Después todo fue diferente entre papá y Bastián.

No exteriormente. Bastián tenía todo lo que le apetecía. Tenía una bicicleta de tres marchas, un tren eléctrico muchas píldoras vitamínicas, cincuenta y tres libros, un hámster, un acuario con peces tropicales, una máquina de hacer fotos pequeñas, seis navajas de marca y todo lo imaginable. Pero en el fondo tanto se le daba.

Bastián recordaba que, antes, a su padre le apetecía jugar con él. Algunas veces incluso le había contado o leído cuentos. Pero desde ese día todo había terminado. Ya no podía hablar con su padre. Lo veía como amurallado en una pared invisible que nadie podía atravesar. Nunca le regañaba ni le alababa. Cuando Bastián tuvo que repetir curso, el padre tampoco dijo nada. Sólo le miró de aquella forma ausente y preocupada, y Bastián tuvo la sensación de no estar allí en absoluto...

Bastián comprendió, pues, que su padre estaba triste. Por aquel entonces él también se había pasado muchas noches llorando; tanto lloraba que, a veces, los sollozos le daban ganas de vomitar... pero eso le había ido pasando poco a poco. Y, al fin y al cabo, todavía estaba allí. ¿Por qué nunca hablaba con él, su padre? ¿Por qué no hablaba de la madre, de cosas importantes y no únicamente de lo imprescindible?”

La incompreensión en la enfermedad y la enorme soledad del duelo, la pérdida no solo de su madre sino de la forma en cómo era su padre y de su familia.

El pediatra y el duelo infantil

Los pediatras pueden tener un papel clave en el duelo infantil. En primer lugar, los pediatras presentan una posición privilegiada de proximidad a las familias y los niños, en un entorno de confianza. A menudo conocen a sus pacientes desde que nacieron, los ha visto crecer y desarrollarse, y son los referentes claros de consulta en muchos ámbitos de la vida de los niños.

Por ello, una de las primeras tareas del pediatra es guiar familias en cómo hablar de la muerte y la pérdida con el niño (Tabla I) y qué es habitual y esperable en duelo infantil.

En segundo lugar, desde Pediatría puede darse pautas básicas sobre las necesidades de los niños en duelo. En general, un niño en duelo requiere:

- Ser informado adecuadamente: la información al niño debe ser clara, comprensible y adecuada a su nivel de comprensión, dejándole preguntar todo aquello que necesite.

- Ser escuchado con atención: el niño precisa alguien a quien expresar sus dudas, preocupaciones, fantasías, temores, como decía Emerson, “un amigo es alguien con el que puedes pensar en voz alta”, y en el momento del duelo, pensar en voz alta es indispensable para elaborar y ordenar los pensamientos y las emociones.
- Sentirse incluido e implicado, ofreciendo sin forzar su presencia y participación en rituales de despedida (tanatorio, funeral...).
- Abordar los miedos y ansiedades: el niño necesitará saber que seguirá siendo cuidado y atendido. Abordar la culpa y poder verbalizarla.
- Ayudar a expresarse emocionalmente, según las propias necesidades y ayudar a elaborar aquellas emociones que sobrepasan.
- Continuar las rutinas, evitar cambios sobreañadidos (escuela, amigos, ciudad), ayuda a restablecer seguridad y estabilidad.
- Y tener oportunidad de recordar, cultivar el recuerdo hasta llegar a poder recolocar emocionalmente la persona muerta.

En tercer lugar, es imprescindible estar atentos a signos de alarma o posibilidad de duelo complicado (Tabla II). Hay un porcentaje de duelos que van a complicarse (entre un 10-20%) y es importante estar atentos a los factores de riesgo o de alarma, como son, por ejemplo, el tipo de muerte (mayor riesgo en suicidio y homicidio), la relación previa con la persona fallecida, problemas de salud mental previos o numerosos cambios sobreañadidos. La detección y derivación precoz del duelo complejo es una tarea que puede realizarse de forma preferente desde Pediatría.

Bibliografía

- Esquerda M. Hablar de la muerte para vivir y morir mejor. Barcelona: Alienta. 2022.
- Engel G. Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*. 1961; 2: 18-22.
- American Academy of Pediatrics. The pediatrician and the childhood bereavement. *Pediatrics*. 2000; 105: 445.
- Christ GH, Siegel K, Christ AE. Adolescent Grief “It Never Really Hit Me... Until It Actually Happened”. *JAMA*. 2002; 288(10): 1269-1278. doi:10.1001/jama.288.10.1269.
- Esquerda M, Agusti AM. El Niño ante la muerte, Ed Milenio. 2012.
- Wender E, et al. Supporting the family after the death of a child. *Pediatrics*. 2012; 130(6): 1164-1169.
- Worden JW. Children and Grief. Nueva York, Guilford Press. 1996.
- Keenan A. Parental loss in early adolescence and its subsequent impact on adolescent development. *J Child Psychother*. 2014; 40: 20-35.

TEA ¿un problema en aumento?

María Auxiliadora Javaloyes Sanchís

Psiquiatría Infantojuvenil. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) han pasado a ser parte esencial de las consultas de Pediatría, no solo por el aumento de prevalencia que se ha experimentado en las últimas décadas^{1,2}, sino también por el aumento de comorbilidades tanto médicas como psiquiátricas que presentan estos niños y el impacto que tiene este diagnóstico en el contexto familiar. Es muy frecuente que una sospecha diagnóstica o incluso un diagnóstico confirmado genere un nivel de ansiedad familiar elevado y un aumento de las consultas tanto públicas como privadas, con la esperanza de encontrar un camino que acerque a la mayor funcionalidad del niño con TEA. Este camino es confuso y muy variable, y la familia va a buscar en el pediatra al profesional de referencia que les oriente y acompañe en este proceso.

Aunque el aumento en prevalencia se ha producido a costa del aumento de los casos descritos inicialmente como leves³, la experiencia clínica confirma la complejidad elevada que presentan muchos de estos perfiles y que deriva sobre todo del retraso en el proceso diagnóstico o del diagnóstico erróneo y las consecuencias que esto tiene a nivel evolutivo. Si las tasas de comorbilidad basal ya son altas en niños con TEA⁴ (alrededor del 30% en niños y del 60% en adolescentes), cuando el diagnóstico se establece de forma tardía, las cifras de comorbilidad superan el 65%. Entre las comorbilidades médicas más frecuentes en esta población, se encuentra el estreñimiento o la encopresis (triplican las de la población sin TEA). Algo muy similar ocurre con los trastornos del sueño o de la alimentación. A nivel psiquiátrico las comorbilidades se encuentran alrededor del 60%, siendo especialmente frecuente los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Algunas de las situaciones que se repiten de forma habitual en los primeros años de la vida de un niño con TEA son menajes como “ya hablará”, “lo que este niño necesita es normas y autoridad”, “hay que obligarle a jugar con otros niños para que aprenda”, “no come porque no quiere, que no coma un par de días y veras como se come lo que le pongas” o “algo están haciendo estos padres mal para que el niño se comporte así”. Son muchas las situaciones donde el no entender la inflexibilidad cognitiva o el procesamiento sensorial alterado de estos niños, produce cuadros de alteración conductual grave, y lo que es todavía más grave un nivel de sufrimiento emocional muy elevado tanto para el niño como para los adultos de referencia.

Tanto en el proceso diagnóstico como en la intervención, la familia juega un papel esencial⁵. En el primer caso, después de acompañar a muchas familias en el proceso diagnóstico, la queja más frecuente es la demora en la realización del diagnóstico, a pesar de que ellos cuentan que ellos han percibido que algo ocurría desde meses o incluso años antes del diagnóstico. Cuando se cuestiona a los profesionales implicados en el pro-

ceso diagnóstico, es frecuente que cuenten que ellos también los sabían, pero que al ser tan sutiles los síntomas, utilizar una etiqueta diagnóstica que lleva autista en ella, es algo difícil de manejar.

A nivel diagnóstico, es importante señalar que con la llegada del DSM-V⁶ y la desaparición del diagnóstico de Síndrome de Asperger y la unificación en TEA todos los perfiles de Autismo, se ha producido un impacto en el proceso diagnóstico. Desde mi opinión, este cambio tendrá a medio largo plazo un impacto positivo ya que favorecerá la normalización y la integración del autismo en nuestra sociedad. Sin embargo, en la actualidad las consecuencias son más negativas, ya que supone que para muchas familias y para muchos profesionales, utilizar la etiqueta diagnóstica, implica una connotación mucho más negativa y catastrófica de lo que los indicadores iniciales pueden apuntar.

Es importante también en el proceso diagnóstico, no quedarnos en el nivel I, II y III de severidad como variables pronósticas, sino incluir marcadores tempranos que nos ayuden a dibujar la evolución y sobre todo nos perfilen las intervenciones necesarias. En primer lugar, es importante señalar el peso que tiene el temperamento de base del niño (ya que el TEA puede darse en cualquiera de los temperamentos) en la evolución, especialmente conductual. En segundo lugar, el perfil sensorial, que desde el DSM-V ha pasado a tener un papel central en el TEA como elemento diagnóstico, y que sabemos que es una variable a veces muy invisible, pero que tiene un peso enorme en la evolución del TEA. Por últimos a nivel pronóstico es importante a Capacidad Intelectual real del niño, porque sabemos que las pruebas estandarizadas no suelen medir de forma eficaz las potencialidades de estos niños (les penaliza la desatención selectiva, la motivación en la ejecución, y la comprensión entre otras variables).

Con respecto a la intervención, seguimos lejos de un tratamiento curativo a pesar de que están en marcha numerosos ensayos clínicos para probar diferentes moléculas que tendrían como objetivo ir a la base etiológica del TEA. Es importante tener claro que no hacer más es siempre mejor, especialmente cuando más supone terapias con escasa o nula evidencia científica. Lo importante es hacerlo bien, entendiendo que hay detrás de los síntomas que estoy intentando mejorar para poder así ser más eficaces en la intervención. A pesar de los esfuerzos para generar desde el Sistema Público intervenciones eficaces, los recursos de Atención Temprana siguen siendo muy limitados, la familia suele no ser un elemento esencial de la intervención (cuando debería serlo), y la coordinación entre Sanidad, Educación y Servicios Sociales sigue siendo un área con muchas posibilidades de mejora.

A pesar del aumento de formación, investigación y conocimiento sobre el TEA, sigue siendo un campo lleno de cuestiones sin resolver, de retos por superar y de desafíos por abordar. La

neurociencia tiene todavía mucho que aportar y la investigación nos va a ayudar a resolver el eterno enigma de la etiología y abrirá la puerta a intervenciones y tratamientos que puedan ser preventivos o curativos, pero entre tanto el trabajo de los profesionales de primera línea es mejorar nuestras habilidades clínicas para poder así realizar diagnósticos tempranos, acompañamientos y asesoramientos acertados con la familia e intervenciones que permitan mejorar la funcionalidad de los niños con TEA. En este objetivo los profesionales de Atención Primaria, y especialmente el Pediatra juegan un papel esencial en todas estas áreas.

Bibliografía

1. Málaga I, Blanc R, Hedrera-Fernández A, Álvarez-Álvarez, Oreña-Ansonera VA, Baeza-Velasco M. Prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias. *Medicina (Buenos Aires)*. 2019; 79(Supl 1): 4-9.
2. Zeidan J, Fombonne E, Scolah J, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*. 2022; 15(5): 778-790. doi:10.1002/aur.2696.
3. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Health Statistics Reports*. 2015, No. 87, 1-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26632847/>.
4. Lieke Amw Wijnhoven. Prevalence of comorbid depressive symptoms and suicidal ideation in children with autism spectrum disorder and elevated anxiety symptoms, *J Child Adolesc Ment Health*. 2019; 31(1): 77-84. doi: 10.2989/17280583.2019.1608830. Epub 2019 May 20.
5. Narambuena L, Pardos Gascón EM, Javaloyes Sanchís MA, Palazón Azorín I. Trastornos del espectro autista: observaciones en el patrón evolutivo. Lo que los padres nos cuentan en la consulta. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2022; 24: e183-e192.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

TEA ¿un problema en aumento?

Ada Palazón Azorín

Pediatra. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

De los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) se dice que su origen es multicausal y, a pesar de los diversos estudios, su origen sigue siendo desconocido^{1,2}. En este contexto los datos sobre su prevalencia son crecientes, aunque con variabilidad considerable en las cifras, según estudios y países³⁻⁶.

Son varias las razones a las que se alude para explicar el aumento de casos de niños con TEA, entre ellas, la confusión con otros trastornos^{7,8}; el aumento en la sensibilidad diagnóstica (cada vez más profesionales saben más sobre los TEA); la edad de los progenitores⁹; y factores locales (el número de niños es mayor en unas zonas que en otras)¹⁰. Cabría añadir además, cambios en la conceptualización del trastorno¹¹; factores relacionados con condiciones de salud de las madres gestantes¹²; y condiciones como la prematuridad al nacer, con tasas crecientes de supervivencia entre los niños con prematuridad extrema^{13,14}.

Según recogen Klin, Klaiman y Jones¹⁵, “Hay más niños con autismo que afectados por cáncer, diabetes juvenil, fibrosis quística y distrofia muscular juntos”.

Si bien el diagnóstico de TEA es una tarea que requiere de formación especializada y experiencia, poder identificar signos indirectos en las primeras etapas de desarrollo permitiría agilizar la derivación a recursos especializados, dando lugar a la puesta en marcha de los tratamientos disponibles y favorecer así la mejor evolución posible.

La ausencia de marcadores específicos y de instrumentos fiables complica y, con frecuencia, retrasa el diagnóstico. Por ello, es posible que los padres se vean envueltos en un estresante peregrinar debido a que la repuesta que obtienen a sus preocupaciones es la de esperar ya que los síntomas no siempre son claramente evidentes en las primeras fases del desarrollo.

La identificación de signos de alarma para el TEA es un tema muy trillado pero no por ello resuelto en el contexto de la Atención Primaria. Requiere de un tiempo específico, del que no se suele disponer y recurrir a escalas específicas que en la práctica clínica no están resultando todo lo eficaces que sería deseable. Es difícil hablar de los niños con autismo de un modo general debido, fundamentalmente, a la complejidad del trastorno, cuya presentación clínica es heterogénea, con síntomas que cambian con la edad y están modulados por el temperamento y capacidad intelectual del niño y a lo que se le suman la presencia de otros síntomas o trastornos distintos en cada caso.

Para comprender la heterogeneidad del trastorno y la necesidad de evitar una visión reduccionista del mismo, en tanto en cuanto no dispongamos de claves causales que nos permitan entender porque se produce, es necesario seguir explorando las manifestaciones que puede adoptar. Con este objetivo tra-

bajamos en la delimitación de perfiles a partir de un conjunto de hasta 130 manifestaciones y/o alteraciones cualitativas que pueden estar presentes en los niños con trastornos del espectro del autismo.

La posibilidad de identificar signos indirectos está en el escenario de los profesionales de “primera línea” en la atención a la infancia, como son los pediatras de Atención Primaria y los psicólogos que trabajan en el entorno de las familias y en las escuelas infantiles.

Con el objetivo de disponer de criterios accesibles para identificar la sospecha de un posible TEA, en el contexto de los profesionales de “primera línea” que permita mejorar el pronóstico, evitar sufrimiento extra a los padres y sobre todo optimizar la calidad de vida de los niños con TEA y sus familias, se sugiere una guía de manifestaciones conductuales y evolutivas, que surgen generalmente durante la entrevista general de anamnesis y que son frecuentes en los niños que posteriormente mostrarán los signos y síntomas propios del TEA, sin esperar a que los signos y síntomas sean evidentes¹⁶. Se trataría de estimar durante la entrevista de anamnesis general si se tiene que avanzar más en la evaluación de un posible TEA. Hace hincapié en alteraciones cualitativas y manifestaciones peculiares que no corresponden a ninguna etapa del desarrollo y su contenido pretende ser coherente con la actual conceptualización dimensional del trastorno.

Señalar que también los profesionales implicados en el diagnóstico clínico tenemos problemas a la hora de la evaluación. Los instrumentos disponibles, están lejos del entorno de las familias que perciben que algo no va bien, su aplicación requiere de un entrenamiento costoso en tiempo y dinero y sin que su precisión diagnóstica resulte favorable en comparación con el juicio clínico de equipos multidisciplinares^{17,18} y a ello se le suma que no se ajustan a la actual conceptualista dimensional del trastorno.

Llegados al diagnóstico, proponemos como escenarios de intervención, además de la activación de los recursos de atención temprana y/o de ayudas para apoyos educativos, intervenciones psicoeducativas con los padres para que puedan conocer en que consiste la afectación de su hijo y resolver sus dudas; delimitación de problemas activos, cuestiones de manejo (derivadas del perfil concreto niño) con las que los padres han de lidiar y para las que no cuentan con estrategias efectivas y por último y no menos importante una escuela de padres.

“El futuro de los ciudadanos con autismo dependerá, en gran medida, del nivel de motivación e información de sus padres”.

Theo Peeters

Bibliografía

1. Havdahl A, Niarchou M, Starnawska A, Uddin M, van der Merwe C, Warrier V. Genetic contributions to autism spectrum disorder. *Psychol Med.* 2021; 51(13): 2260-2273. doi: 10.1017/S0033291721000192.
2. Yoon SH, Choi J, Lee WJ, Do JT. Genetic and Epigenetic Etiology Underlying Autism Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Medicine.* 2020; 9(4): 966. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm9040966>.
3. Málaga I, Blanc R, Hedrera-Fernández A, Álvarez-Álvarez, Oreña-Ansonera VA, Baeza-Velasco M. Prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias. *Medicina (Buenos Aires).* 2019; 79(Supl 1): 4-9.
4. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022; 15(5): 778-790. doi: 10.1002/aur.2696.
5. Özerk K. The issue of prevalence of autism/asd. *IEJEE.* 2016; 9(2): 263-306.
6. Flier D. Por qué cuesta tanto saber cuántas personas tienen autismo y qué oportunidad histórica presenta el próximo censo [Internet]. REDACCIÓN Periodismo Humano. 2022. Citado el 8 agosto de 2022. Disponible en: <https://www.redaccion.com.ar/por-que-cuesta-tanto-saber-cuantas-personas-tienen-autismo-y-que-oportunidad-historica-presenta-el-proximo-censo/>.
7. Zablotzky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Health Statistics Reports.* 2015; 87: 1-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26632847/>.
8. Heyman M, Ledoux Galligan M, Salinas GB, Baker E, Blacher J and Stavropoulos K. Differential diagnosis of autism spectrum disorder, intellectual disability and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Advances in Autism.* 2022; 8(2): 89-103. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/AIA-01-2021-0002>.
9. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry.* 2016 21, 693–700. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/mp.2015.70>.
10. Mas MJ. ¿Por qué aumenta el autismo? [Internet]. *Neuronas en crecimiento.* 2018. Citado el 6 julio de 2022. Disponible en: <https://neuropediatra.org/2018/04/02/aumenta-autismo-2-de-abril/>.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
12. Román GC. Autism: Transient in utero hypothyroxinemia related to maternal flavonoid ingestion during pregnancy and to other environmental antithyroid agents. *Journal of the Neurological Sciences.* 2007; 262(1-2): 15-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2007.06.023>.
13. Persson M, Opdahl S, Risnes K, et al. Gestational age and the risk of autism spectrum disorder in Sweden, Finland, and Norway: A cohort study. *PLoS Med.* 2020; 17(9): e1003207. Publicado el 22 de septiembre de 2020. doi: 10.1371/journal.pmed.100320.
14. Fitzallen GC, Taylor HG, Bora S. What Do We Know About the Preterm Behavioral Phenotype? A Narrative Review. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 154. Publicado el 25 de marzo de 2020. doi:10.3389/fpsy.2020.00154.
15. Klin A, Klaiman C, Jones W. Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Rev Neurol.* 2015; 60(Supl 1): S3-11.
16. Narambuena L, Pardos Gascón EM, Javaloyes Sanchís MA, Palazón Azorín I. Trastornos del espectro autista: observaciones en el patrón evolutivo. Lo que los padres nos cuentan en la consulta. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2022; 24: e183-e192.
17. Bishop D. Are our gold standard autism diagnostic instruments fit for purpose? En: *BishopBlog [en línea]*. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en: <http://deevybee.blogspot.com/2011/05/are-our-gold-standard-autism-diagnostic.html>.

Nuevos virus emergentes

Riesgos de emergencia por arbovirus y virus no respiratorios

José M^a Eiros Bouza*, M^a Rosario Bachiller Luque**

*Área de Microbiología. Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Río Hortega". Valladolid.

**Área de Pediatría. Facultad de Medicina. Centro de Salud Pilarica-Circular. SACYL. Valladolid

La denominación "viriasis emergentes" hace referencia tanto a las infecciones víricas de nueva aparición en la población, como a aquellas previamente conocidas cuya incidencia o distribución geográfica sufre un rápido aumento.

Globalmente considerados los mecanismos que facilitan la aparición de las infecciones víricas emergentes son tres. En primer término mediante la aparición de un virus desconocido por la evolución de una nueva variante. En segundo lugar a través del traspaso de la barrera de especie, lo que condiciona la introducción en un huésped de un virus existente en otra especie. Y en tercera instancia por la diseminación de un determinado virus a partir de una pequeña muestra poblacional (humana o animal), que actúa como nicho ecológico, en la que aquel surgió o fue originariamente introducido¹.

Aunque este fenómeno no es nuevo, existe una creciente preocupación internacional por su notable incremento, detectado fundamentalmente en las cuatro últimas décadas^{2,3}. Al respecto cabe señalar cómo la entrada de la viruela, primero en Europa y luego en América, representa sólo uno de los ejemplos que podrían ilustrar de forma retrospectiva el gran impacto entre las poblaciones afectadas, producido por la aparición súbita de enfermedades infecciosas. En épocas más recientes parece oportuno que mencionar desde la aparición de los Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)⁴ y los graves efectos sociales, económicos y sanitarios asociados a los mismos hasta la actual emergencia causada por el Virus de la Viruela del Mono en su afectación a los seres Humanos⁵ o la más reciente descripción de la circulación del Henipavirus Langya, registrada en las provincias chinas de Shandong y Henan⁶ en el momento de redactar este artículo en agosto de 2022.

Durante la última década se han descrito un número importante de nuevos virus cuya consideración como causantes de enfermedades en el ser humano ha sido comunicada en diferentes continentes. A este respecto y siguiendo un orden cronológico cabe ilustrar la novedad que ha supuesto la descripción del arenavirus Ocozacoatlá hallado en México en 2013⁷, el Thogotovirus Bourbon de la familia de los Orthomyxoviridae, cuya transmisión por garrapatas se efectuó en EE.UU. en 2014⁸, a ellos cabe añadir el Orthobunyavirus Itaya, asociado a un síndrome febril Perú en 2015⁹. Como agente etiológico de fiebre hemorrágica se caracterizó el paramyxovirus Sosuga, en Sudán en 2016, previamente descrito en murciélagos frugívoros¹⁰. Ya en 2019 desde China se informó del hallazgo también en murciélagos de un nuevo filovirus denominado Mengla¹¹ (similar al del Ébola y el de Marburg), y en 2020 en el mismo país de un nuevo orthoreovirus de patos denominado con el acrónimo "N-DRV"¹². También en 2020 se publicó la actividad del picornavirus Lanama, en simios de Uganda¹³ y ya en 2021 del virus Songling, en cuadros febriles humanos de nuevo en China¹⁴.

Además de los citados, un número elevado de virus previamente conocidos han resurgido, siendo especialmente destacables algunos arbovirus como Dengue, "West Nile", Fiebre

Amarilla, Zika, Chikungunya, Encefalitis Japonesa y Fiebre del Valle del Rift¹⁵.

Virus zoonóticos

La enorme diversidad de patógenos emergentes y reemergentes se correlaciona con una gran variabilidad de ciclos biológicos, rutas de transmisión, patogenicidad y epidemiología. Se ha determinado que la capacidad de emerger se relaciona con algunos taxones de patógenos más que con otros, con ciertas rutas de transmisión y con un amplio espectro de huéspedes¹⁶.

La mayoría de los virus emergentes son zoonóticos, siendo los que infectan animales domésticos y silvestres los que requieren mayor atención. Entre los animales implicados se incluyen fundamentalmente los vertebrados tales como roedores, primates y murciélagos, así como las aves. Su amenaza deriva de su capacidad de salto interespecífico, pudiendo así afectar a una nueva población que no ha desarrollado ningún tipo de inmunidad ni respuesta protectora frente a un nuevo agente.

Se ha documentado que las zoonosis se transmiten generalmente a través de vectores. Teniendo en cuenta su modo de transmisión el mayor número de zoonosis corresponde a las viriasis transmitidas por artrópodos (fundamentalmente los de vectores generalistas), seguidos de los que requieren contacto indirecto (a través de alimentos o agua) y finalmente los de contacto directo.

Existen por tanto varias características comunes a la mayoría de los virus emergentes y reemergentes, lo que permite establecer un perfil de "virus emergente modelo". Este se correspondería con un virus con genoma ARN, zoonótico, transmitido por vectores, capaz de utilizar receptores conservados en muchas especies, potencialmente transmisible entre humanos y cuyo ecosistema se encuentra en áreas que están sufriendo cambios ecológicos, demográficos o sociales¹⁷.

Aparición y reaparición de virus

El fenómeno de la aparición de nuevos virus o al resurgimiento de los ya conocidos no resulta explicable con modelos simples. La mayoría de los autores coincide en señalar que se trata más bien de una interacción de factores que abarcan tres aspectos fundamentales: la población susceptible, el propio virus y el entorno de ambos¹⁸.

Está bien probado que la inmigración desde áreas rurales a las ciudades implica grandes cambios demográficos. La OMS considera que en el año 2025 el 65% de la población mundial vivirá en ciudades. Los viajes y la inmigración legal o ilegal y la existencia de refugiados tras conflictos armados también suponen grandes movimientos de poblaciones. Estos cambios pueden afectar de manera muy notoria al grado de dispersión de los virus cuyo huésped es un animal y en especial de los transmitidos por vectores. Además de las temperaturas y el calentamiento global asociado, que favorece la expansión

y asentamiento de vectores desde áreas tropicales a zonas templadas, la disponibilidad de agua, tal como se ha mencionado previamente, es un elemento clave.

Algunos de los factores que afectan a la población son el incremento en la media de edad, mayores niveles de inmunosupresión, mayor exposición a radiaciones UVA, stress, etc., pero sobre todo hay que tener en cuenta las desigualdades sociales. La pobreza favorece la aparición y asentamiento de nuevos agentes infecciosos¹⁹. Además, muchas de las enfermedades reemergentes reaparecen tras mantenerse en una bolsa de población, caracterizada en muchas ocasiones por niveles altos de miseria, desde donde el agente infeccioso se expande.

Desde hace tres décadas debido a los grandes avances en comunicaciones y al mayor acceso de la población general a los medios de transporte, los viajes²⁰ han cobrado una mayor importancia como elemento dispersor de virus emergentes, ya que infecciones que aparecen en cualquier parte del Mundo pueden atravesar continentes enteros en días o semanas. Así, el mosquito *Aedes albopictus*, vector potencial para un elevado número de arbovirus y de gran agresividad, ha sido diseminado por todo el planeta al haber sido transportado en cargamentos de neumáticos provenientes en principio de Asia y después de cualquier lugar con presencia del vector. Los virus pueden viajar en su vector o también ser portados por un enfermo extendiéndose las consecuencias más allá del viajero a la población y al ecosistema. Existen numerosos motivos para viajar: ocio, negocios, inmigración, refugiados, peregrinos, misioneros, cooperantes, marinos mercantes, estudiantes, trabajadores temporales, ejércitos, o fuerzas de pacificación.

Los agentes infecciosos son organismos vivos y dinámicos con capacidad de adaptación al medio. Esto es especialmente importante en los virus cuyo genoma es ARN ya que sus polimerasas presentan una tasa de error muy elevada facilitando el cambio rápido en estos agentes²¹.

En el análisis de los factores que favorecen la emergencia y la reemergencia de las infecciones víricas, se deben considerar los factores que influyen tanto en la introducción de un nuevo patógeno en la población como los que intervienen en su establecimiento y posterior diseminación. Una vez que el nuevo agente se establece en la población humana, su diseminación geográfica y la magnitud de los brotes dependen esencialmente de la vía de transmisión y de la rapidez de su distribución a nuevos grupos poblacionales así como del periodo de viremia, de la letalidad asociada y del número inicial de infectados. Sin embargo, la capacidad de los servicios de salud para controlar la infección en la población es el factor principal que determina el impacto de la misma.

La difusión de conocimiento en este ámbito y la formación continuada son dos pilares para mantener al profesional de la Pediatría actualizado en el campo de las arbovirosis emergentes. Sólo desde una actitud activa de los profesionales los niños que les confían su salud pueden ser orientados y tratados en este dinámico campo de la patología infecciosa.

Bibliografía

- Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg. Infect. Dis.* 1995; 1: 7-15.
- Kuiken T, Fouchier R, Rimmelzwaan G, Osterhaus A. Emerging viral infections in a rapidly changing world. *Current Opinion in Biotechnology.* 2003; 14: 641-646.
- Woolhouse MEJ. Population biology of emerging and re-emerging pathogens. *Trends in Microbiology.* 2002; 10: S3-S7.
- McLaren PJ, Fellay J. HIV-1 and human genetic variation. *Nat Rev Genet.* 2021; 2: 645-657.
- Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, Steffen R. The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022; 16: e0010141. doi: 10.1371/journal.pntd.0010141.
- Sah R, Mohanty A, Chakraborty S, Dhama K. Langya Virus: A Newly Identified Zoonotic Henipavirus. *J Med Virol.* 2022. doi: 10.1002/jmv.28095.
- La "gran peste" (Huey Cocolitzli) del siglo XVI en México y el nuevo coronavirus Ocozacoautla de Espinosa ¿relacionados? Disponible en: <https://www.madrimasd.org/blogs/virusemergentes/2013/06/19/2060/>. Consultado el 26 de agosto de 2022.
- Hao S, Ning K, Kuz ÇA, McFarlin S, Cheng F, Qiu J. Eight years' advances on Bourbon virus, a tick-borne Thogotovirus of the Orthomyxovirus family. *Zoonoses (Burlingt).* 2022; 2: 18. doi: 10.15212/zoonoses-2022-0012.
- Hontz RD, Guevara C, Halsey ES, Silvas J, Santiago FW, Widen SG, Wood TG, Casanova W, Vasilakis N, Watts DM, Kochel TJ, Ebihara H, Aguilar PV. Itaya virus, a Novel Orthobunyavirus Associated with Human Febrile Illness, Peru. *Emerg Infect Dis.* 2015; 21: 781-788.
- Amman BR, Albariño CG, Bird BH, Nyakarahuka L, Sealy TK, Balinandi S, Schuh AJ, Campbell SM, Ströher U, Jones ME, Vodzak ME, Reeder DM, Kaboyo W, Nichol ST, Townner JS. A Recently Discovered Pathogenic Paramyxovirus, Sosuga Virus, is Present in Rousettus aegyptiacus Fruit Bats at Multiple Locations in Uganda. *J Wildl Dis.* 2015; 51: 774-779.
- Cooper L, Galvan Achi J, Rong L. Comparative analyses of small molecule and antibody inhibition on glycoprotein-mediated entry of Mènglà virus with other filoviruses. *J Med Virol.* 2022; 94: 3263-3269.
- Varga-Kugler R, Marton S, Thuma Á, Szentpáli-Gavallér K, Bálint Á, Bánai K. Candidate "Avian orthoreovirus B": An emerging waterfowl pathogen in Europe and Asia? *Transbound Emerg Dis.* 2022. doi: 10.1111/tbed.14654.
- No, el nuevo virus Langya no ha causado un brote en China y no supone una amenaza pandémica (de momento). Disponible en: <https://microbioblog.es/no-el-nuevo-virus-langya-no-ha-causado-un-brote-en-china-y-no-supone-una-amenaza-pandemica-de-momento>. Consultado el 28 de agosto de 2022.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/Taxonomy/Browser/wwwtax.cgi?mode=Info&id=2795181&lvl=3&lin=f&keep=1&srchmode=1&unlock>. Consultado el 28 de agosto de 2022.
- Cuestas ML, Minassian ML. Virus emergentes y reemergentes: un nuevo reto para la salud mundial del milenio [Emerging and re-emerging viruses: A new challenge for global health in this millennium]. *Rev Argent Microbiol.* 2020. p. 52: 1-3.
- Luo GG, Gao SJ. Global health concerns stirred by emerging viral infections. *J Med Virol.* 2020; 92: 399-400.
- Nichol ST, Arikawa J, Kawaoka Y. Emerging viral diseases. *Proc. Nat. Acad. Sci.* 2002; 97: 12411-12412.
- Gubler DJ. The global emergence/resurgence of arboviral diseases as public health problems. *Arch. Med. Res.* 2002; 33: 330-342.
- Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerg. Infect. Dis.* 1996; 2: 259-269.
- Wilson ME. Travel and the emergence of infectious diseases. *Emerg. Infect. Dis.* 1995; 1: 39-46.
- Eiros Bouza JM, Bachiller Luque M, Domínguez-Gil González M, Falcó Prieto A, Hernández Pérez M, Eiros Bachiller JM, Rojo Rello S, Pérez Rubio A. 100 cuestiones sobre virus emergentes. Gráficas Montseny, Barcelona. DL B 8840-2021. ISBN 978-84-123428-2-6. 2021: 80 págs.
- Eiros Bouza JM. Ser médicos en el siglo XXI. *Axis.* 2022. p. 30-31.

Mi hijo no crece

José Juan Alcón Sáez

Unidad de Endocrinología Pediátrica. C. Hospital General Universitario de Valencia. Departamento de Pediatría. Universidad de Valencia. Valencia

El crecimiento es el proceso biológico más característico de la edad pediátrica, siendo un hito casi exclusivo de esta época de la vida. Sin embargo, crecer no es tan simple como parece; realmente es un fenómeno complejo en el que participan diversos factores de tipo genético, biológico, nutricional y psicoafectivo. Es un proceso extraordinariamente sensible a situaciones desfavorables, por lo que se considera un excelente indicador de salud de la población, siendo en muchas ocasiones las alteraciones en el ritmo de crecimiento la primera manifestación de procesos patológicos subyacentes, que bien pueden ser de origen endocrinológico o no¹.

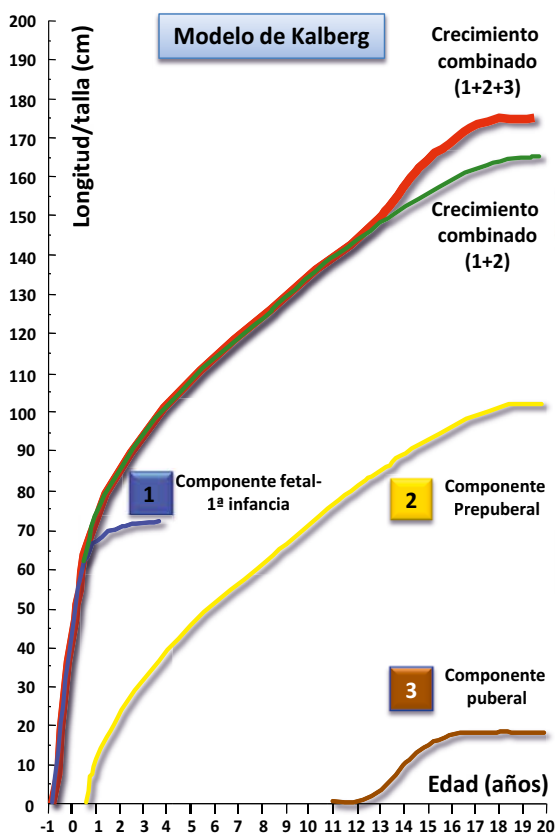
La talla baja es uno de los principales motivos de consulta en Pediatría de ahí la necesidad de una correcta valoración del crecimiento y desarrollo del niño que nos permita una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, la mayor parte de los padres que consultan por este motivo, tienen niños sanos cuyo hipocrecimiento resulta de la variabilidad normal de la talla y del ritmo madurativo².

Pese a esto, la talla baja es considerada en nuestro medio como una importante causa de estrés psicosocial para el niño (y frecuentemente para los padres) y es visto por muchos de ellos como un factor limitante de un supuesto futuro éxito profesional en la edad adulta. Por otra parte, los medios de comunicación, y en ocasiones los propios médicos, hemos transmitido a la sociedad el concepto erróneo de que toda talla baja puede y debe tratarse.

El objetivo de esta presentación es que el pediatra de Atención Primaria sea capaz de: 1) valorar si el crecimiento de un niño es normal; 2) conocer cuáles son las causas más habituales que explican su alteración; 3) saber orientar el diagnóstico con los recursos disponibles en la consulta y si precisa remitir al especialista.

El crecimiento normal del niño sano

El conocimiento del patrón normal del crecimiento es la base para poder detectar las situaciones patológicas. En general



Curva de crecimiento humana (suma de los componentes 1, 2 y 3)

- La curva de crecimiento humano muestra una **morfología sigmoide**, formada por dos periodos de crecimiento muy rápido, prenatal-dos primeros años y puberal (componentes 1 y 3), separados por un periodo de crecimiento más lento y estable, entre los tres años y el inicio del estirón puberal (componente 2).

1. Componente fetal-1ª infancia

Componente fetal:

- Crecimiento, en condiciones normales, dependiente de **nutrición** y **espacio físico** (tamaño materno y uterino), pero no del genotipo
- Regulación hormonal por: **insulina e IGFs**, pero no por GH

Componente de la 1ª infancia (2º-3º año):

- Crecimiento dependiente de **nutrición** con progresiva influencia del **genotipo**:
 - ↑ correlación entre la longitud/talla y la talla media parental o la talla adulta
 - “Canalización” del crecimiento entre el 2º y 3º año en función de la talla familiar y del ritmo individual de maduración
- El eje **GH-IGFs** asume progresivamente la regulación hormonal del crecimiento

2. Componente prepuberal o de la 2ª infancia

- Crecimiento dependiente del **genotipo**
- Regulación hormonal por el **eje GH-IGFs**, aunque todos los ejes hormonales participan en la regulación del crecimiento (tiroideo, suprarrenal...)

3. Componente puberal

- Su aparición es dependiente fundamentalmente del **genotipo**
- Regulación hormonal por la acción sinérgica de **esteroides sexuales (HS)** y **eje GH-IGFs**.

Figura 1. Gráfica de Kalberg (talla/longitud), donde se ponen de manifiesto los tres componentes de la curva normal de crecimiento humano: 1) fetal-primera infancia; 2) prepuberal o segunda infancia; y 3) puberal, así como los principales factores de los que dependen y los mecanismos hormonales que regulan el crecimiento en estas tres etapas de la vida: factores de crecimiento semejantes a la insulina (IGFs), hormona de crecimiento (GH) y hormonas sexuales (HS).

Figura extraída de Pozo Román J. Crecimiento normal y talla baja. *Pediatr Integral* 2015; XIX (6): 411.e1–411.e23.

va a resultar muy difícil valorar si el crecimiento de un niño es normal si no se conocen las características normales del proceso, los factores que lo regulan y como la variabilidad normal o determinados procesos patológicos pueden modificarlo.

La curva que representa el crecimiento humano normal es de morfología sigmoide. A finales de los años 80, Kallberg³ propuso un modelo matemático de la curva conocido como "modelo ICP" (*Fetal- Infancy, Childhood, Puberty*), según el cual, la curva de crecimiento normal estaría formada por la suma y solapamiento de tres componentes: 1) fetal-primera infancia; 2) prepuberal o de la segunda infancia; y 3) puberal (Fig. 1). El objetivo de este modelo es relacionar sus distintos componentes con los factores biológicos de los que dependen; de forma que, la alteración o el retraso en la aparición de uno de estos componentes permitiera una orientación diagnóstica más rápida de las distintas patologías.

Para la adecuada valoración de la talla deberemos, además, tener en cuenta los distintos factores que intervienen e interaccionan en su correcto desarrollo, que son fundamentalmente:

- Factores endógenos: genéticos (talla diana y patrón de desarrollo y maduración), hormonales, étnicos, metabólicos y receptividad de los tejidos diana.
- Factores exógenos: nutritivos, afectivos, ejercicio (la práctica regular de ejercicio adecuado es beneficioso, no así el de competición o alto rendimiento).

De este modo, la talla adulta se va a ver influenciada por la interacción de estos factores y aunque estará condicionada genéticamente, la expresión de esta potencialidad dependerá del estado de salud y nutrición del niño.

Talla baja. Definición y clasificación

La talla baja es definida como la situada por debajo de -2DE para su edad y sexo con relación a la media de la población de referencia⁴. Por este motivo es importante contar con tablas específicas de crecimiento de cada población, lo más actuales posibles, que nos reflejen de forma fidedigna la distribución

de dicha población. En general cuanto mayor sea la desviación de la talla respecto a la media poblacional, más probabilidad de encontrar una patología subyacente. En España disponemos históricamente de varios estudios que cumplen estas características y pueden ser utilizados en nuestros niños⁵.

Además de este criterio clásico también deberían ser estudiados como probable problema de crecimiento aquellos niños con:

- Expectativas de talla adulta (predicción de talla adulta) <-2DS por debajo de su talla diana.
- Velocidad de crecimiento inferior a -1DS (aproximadamente p25) para edad y sexo mantenida al menos 2-3 años.

Clásicamente en la talla baja se ha clasificado en 2 grandes grupos: las variantes normales de talla baja (retraso constitucional del crecimiento y desarrollo y talla baja familiar), y las tallas bajas patológicas. En la actualidad se prefiere la denominación de tallas bajas patológicas o de causa conocida y tallas bajas idiopáticas o de causa no conocida, grupo en el que además de otras se incluyen estas variantes normales clásicas. En la figura 2 se resume la clasificación actual de las tallas bajas.

Diagnóstico y valoración del niño con talla baja

La evaluación inicial de todo paciente que consulta por hipocrecimiento incluirá: una anamnesis completa, una exploración física minuciosa con una valoración auxológica básica, la representación y el análisis de la curva de crecimiento mediante las tablas correspondientes y la determinación de la maduración ósea, habitualmente mediante la RX de carpo. Los puntos más importantes se resumen en la figura 3.

La realización de pruebas complementarias vendrá determinada por las características auxológicas, evolución del crecimiento, datos de la historia clínica y la exploración física inicial y van dirigidas a establecer el diagnóstico etiopatogénico. La orientación diagnóstica y el plan de estudio deben ser amplios, pero sin apresuramientos, avanzando de forma escalonada sobre la base de los datos ya conocidos.

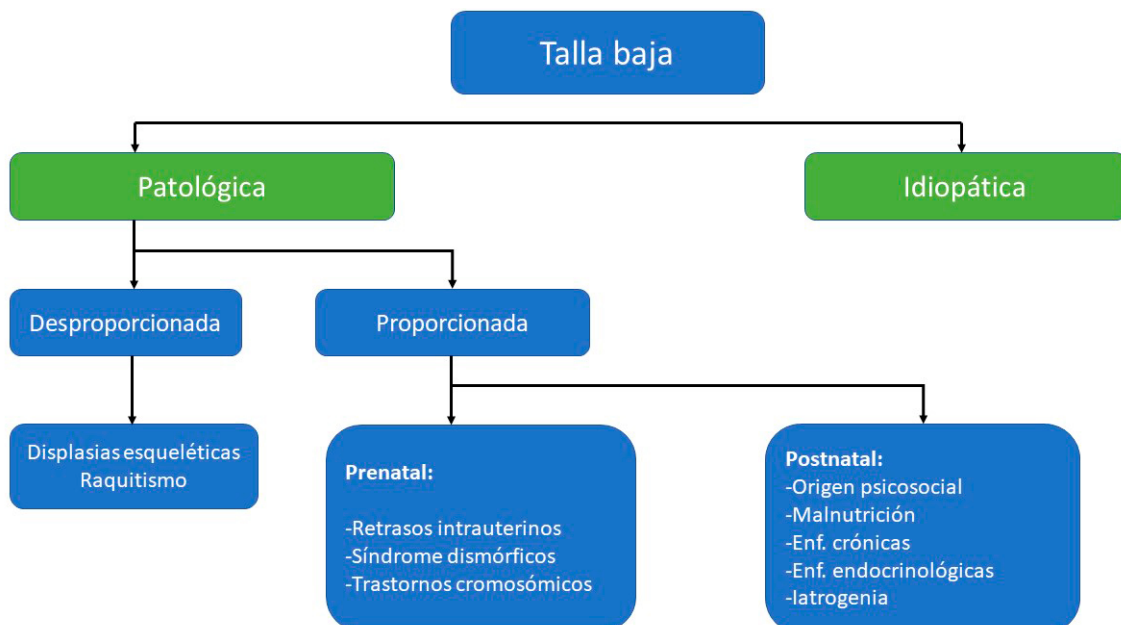


Figura 2. Adaptado de Pombo. *Prot diagn ter pediátr* 2011.

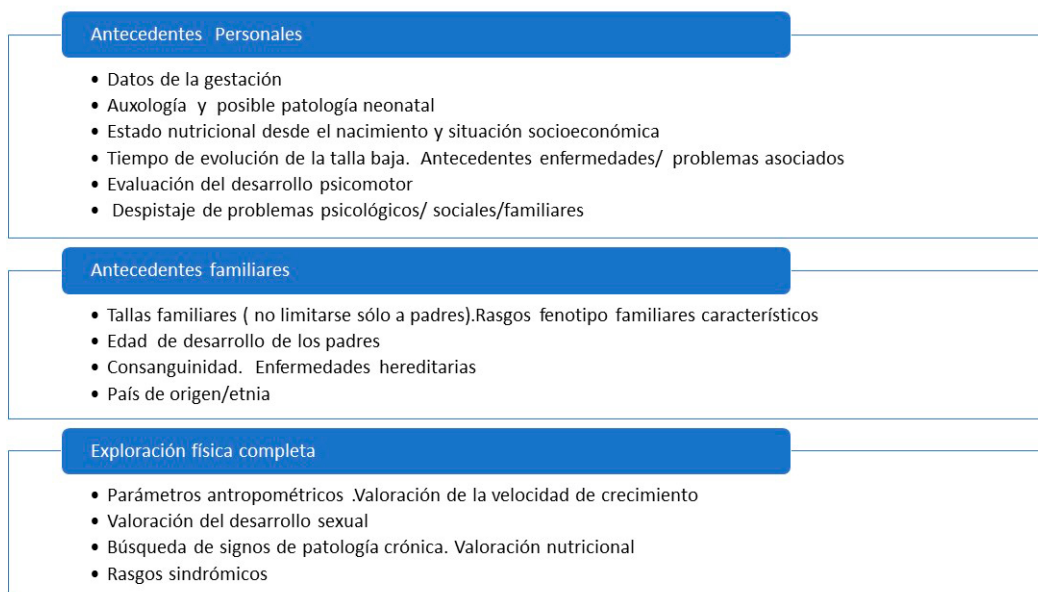


Figura 3.

Tras esta presentación es de esperar que el pediatra de Atención Primaria mejore su conocimiento en esta patología tan frecuente y sea capaz de:

- **Monitorizar el crecimiento y desarrollo** a lo largo de la infancia.
- Realizar los **pasos iniciales de la valoración del problema** estableciendo el diagnóstico en muchos casos, y decidiendo, en otros, la necesidad de derivación al especialista.
- **Distintuir** aquellos niños que realmente tienen **un retraso patológico** de la talla de aquellos considerados **variantes de la normalidad**.
- Realizar el **seguimiento de la mayoría de los niños con VNTB**, pero también de otras causas de talla baja que no requieran tratamientos especializados de cada caso.
- Por último, y no por ello menos importante, **tranquilizar e informar** a los padres y al niño, transmitiéndoles una información veraz y realista de las expectativas de crecimiento.

Bibliografía

1. Lopera Cañaveral MV, Campuzano G, Balthazar V, Alfaro JM. Estudio del paciente con talla baja. Medicina & Laboratorio. 2009; 15: 511-531.
2. Pozo Román J. Crecimiento normal y talla baja. Pediatr Integral. 2015; XIX: 411.e1-411.e23.
3. Karlberg J. A biologically-oriented mathematical model (ICP) for human growth. Acta Paediatr Scand. 1989; (Suppl 350): 70-94.
4. Pombo M, Castro-Feijóo L, Cabanas Rodríguez P. El niño de talla baja. Protoc diagn ter pediatr. 2011; 1: 236-54.
5. Sánchez González E, Carrascosa Lezcano A, Fernández García JM, Ferrández Longás A, López de Lara D, López-Siguero JP. Estudios españoles de crecimiento: situación actual, utilidad y recomendaciones de uso. An Ped (Barc). 2011; 74: 193.e1-193.e16. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.10.005>.
6. Pozo J. Talla baja idiopática y variantes normales de talla baja. Pediatr Integral. 2020; XXIV: 208-219.

Urgencias pediátricas

Javier Benito Fernández

Jefe de Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario de Cruces de Bilbao. País Vasco.
Profesor Asociado de Pediatría en la Universidad del País Vasco.

Para la atención a las emergencias pediátricas es preciso un abordaje sistemático que requiere entrenamiento periódico y disponer de unos recursos materiales mínimos. Se trata de un auténtico desafío, especialmente en el ámbito pre-hospitalario, donde además estas situaciones son muy poco frecuentes. En este taller trataremos de abordar los aspectos claves para el manejo de las emergencias más frecuentes en Pediatría en el entorno de un centro de salud, a través de escenarios clínicos.

Evaluación y estabilización inicial

Cuando atendemos una urgencia, la estabilización prevalece sobre la búsqueda de diagnóstico. Para ello se debe utilizar el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP). El TEP es una herramienta que permite realizar una primera aproximación al paciente, sin necesidad de tocarlo ni recoger constantes. Con el TEP valoramos tres aspectos (circulación, apariencia y respiración) y aporta información de la situación fisiopatológica. La apariencia es el aspecto más importante del TEP porque refleja la homeostasis corporal.

Tras el TEP, la secuencia de valoración y tratamiento ABCDE nos permitirá precisar con mayor detalle cuáles son las alteraciones fisiopatológicas principales y las prioridades de tratamiento. Una vez reconocido que el paciente no está estable se deberá avisar al sistema de emergencias y continuar con la secuencia ABCDE.

La valoración del ABCDE ofrece la ventaja de tener información más específica, con un buen nivel de evidencia y con una priorización de los aspectos a valorar, lo que se traduce en una optimización del tiempo en el restablecimiento del niño. Debe realizarse de manera ordenada para priorizar las intervenciones de los trastornos potencialmente graves según se van identificando.

El ABCDE es un nemotécnico que se emplea para recordar los aspectos que deben valorarse y tratarse en una reanimación cardiopulmonar: A = Airway (vías respiratorias o aéreas), B = Breathing (respiración), y C = Circulation (circulación), D = Disability (nivel de consciencia) y E (exponer todo el cuerpo).

- **Vía aérea:** verificar la permeabilidad de la vía aérea colocando la cabeza en posición neutra, aspiración de secreciones y extracción de cuerpos extraños, si los hubiera. Valorar la necesidad de instrumentos como la cánula orofaríngea. Preparar si es necesario, todo el material para la posibilidad de secuencia rápida de intubación.
- **Ventilación:** se valorarán la frecuencia respiratoria y la saturación de O₂: Una saturación (SpO₂) mayor o igual a 94% indica una adecuada oxigenación. Debe interpretarse siempre junto al trabajo respiratorio del paciente y la auscultación pulmonar. Valorar la administración de oxígeno al

100% e inicio de ventilación bolsa-mascarilla, según sea necesario.

- **Circulación:** además del aspecto circulatorio del TEP, evaluaremos la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal y la tensión arterial. Valorar la obtención de un acceso venoso y la administración de líquidos de expansión de volumen.
- **Discapacidad:** valora el nivel de consciencia, la actividad motora. Valorar glucemia capilar.
- **Exposición:** examinar todo el cuerpo, cubrir al paciente lo antes posible para evitar la pérdida de calor.

Una vez realizado el abordaje inicial del paciente las situaciones de inestabilidad que nos podemos encontrar son:

- Dificultad respiratoria.
- Fallo respiratorio/ cardiorrespiratorio.
- Shock compensado/ Shock descompensado.
- Alteración o déficit sistema nervioso central.

Para cada una de estas situaciones se deberán priorizar las actuaciones necesarias para intentar la estabilización hasta la llegada del servicio de emergencias. La secuencia TEP-ABCDE se adapta a esta filosofía. Permite una evaluación organizada, sistematizada y uniforme con la que priorizar actuaciones y resolver problemas.

Organización - Materiales necesarios

Para atender una urgencia/emergencia pediátrica es preciso contar con un material y medicaciones mínimas. Este material y medicaciones deben estar organizados en un carro/cajón específico de la consulta/sala de críticos y debe ser revisado periódicamente.

Para atender vía aérea y ventilación:

- Aspirador de secreciones.
- Sonda de aspiración con control: 8, 10, 12, 14, 16.
- Ambú 1.600 ml/500 ml con reservorio.
- Cánulas guedel: 0, 00, 1, 2, 3, 4, 5.
- Mascarilla facial transparente redonda: 1.
- Mascarilla facial transparente triangular: 2, 3, 4.
- Mascarilla O₂ reservorio adultos y pediátrica.
- Sonda nasogástrica: 6, 8, 10, 12, 14 y 16.

Para el acceso venoso, además de palomillas/aguja de tamaños adaptados a Pediatría, conexiones para perfusión de líquidos intravenosos, aguja intraósea pediátrica y jeringa 50 ml o compresor.

También es preciso contar con sueros (salino fisiológico y Dx 10%) y medicaciones básicas y disponer de tarjetas para el cálculo de las dosis por edad/peso:

- Convulsión: benzodiacepina.
- Dificultad respiratoria: salbutamol, corticoide oral.
- Dolor: mórfico.
- Intoxicación: carbón activado/naloxona.
- Parada/anafilaxia/taquicardia supraventricular: adrenalina/amiodarona/adenosina.
- Sospecha de sepsis: cefalosporina.

Finalmente, recordar que dentro de la formación continuada de un pediatra de Atención Primaria debe incluirse el mantenimiento de las habilidades básicas para la atención de emergencias. Por otra parte, es importante disponer de protocolos para la atención de las situaciones más frecuentes y tener bien establecidos los canales de comunicación con los servicios de emergencias.

Bibliografía

- Fernández A, Ares MI, García S, Martínez-Indarte L, Mintegi S, Benito J. The validity of the Pediatric Assessment Triangle as the First Step in the Triage Process in a Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 2107; 33: 234-238. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27176906>.
- Ronald A. Pediatric Assessment. In: Fuchs S; Yamamoto L; American Academy of Pediatrics; American College of Emergency Physicians. APLS: the pediatric emergency medicine resource. Ed: Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 5th Edition. 2012.
- Hazinski MF, Samson RA, Schexnayder SM (Eds). *Pediatric Advanced Life Support Provider Manual*. American Heart Association, Dallas. 2012.
- American Academy of Pediatrics. Pediatric assessment. In: Fuchs S, Pante M(Ed), Jones and Bartlett, Burlington. *Prehospital Education for Prehospital Professionals*, 3rd ed; 2013. p. 8.
- López Macías O. Estabilización inicial. El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) En: J. Benito, S. Mintegi, B. Azkunaga, y B. Gómez. *Urgencias Pediátricas. Guía de actuación*. España: Editorial médica Panamericana, 2^a ed; 2018. p. 329-35.
- Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas (GIDEP). Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/grupo-interdisciplinar-de-emergencias-pediatricas-gidep/ab84-procon/es/>.

Bioética en Pediatría de Atención Primaria

Ester Barrios Miras*, María Tasso Cereceda**

*Pediatría. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid.

**Pediatra. Unidad de Oncohematología Pediátrica. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Máster en Bioética. Alicante

Introducción

Ética y moral, aunque suele usarse en la práctica de manera indistinta, son dos términos claramente diferenciados.

La palabra **ética** proviene del griego *ethos* que significa “forma de ser” o “carácter”. La ética estudia, desde la fundamentación, los principios que deben regir la conducta humana, apelando a la reflexión personal sobre las bases racionales de la moral. Es pues una teorización de la moral, que **ayuda a definir criterios propios** sobre lo que ocurre a nuestro alrededor. Puesto que apela directamente a la conciencia, es de carácter universal e inherente a la condición humana.

La palabra **moral** deriva del latín *mora*-lis, que significa “relativo a las costumbres”. Se refiere, por tanto, a las **expresiones del comportamiento humano basadas en los valores y tradiciones de una sociedad**. En otras palabras, es el conjunto de reglas que, en la vida cotidiana, orientan las acciones y juicios de las personas sobre lo correcto o incorrecto, lo bueno y lo malo, dentro de una escala de valores compartida por el grupo social. Así, la moral difiere ampliamente entre culturas, y es cambiante en el tiempo de acuerdo con la evolución social¹.

La moral, por tanto, puede verse reflejada en las leyes que rigen una sociedad, mientras que la ética va mucho más allá porque anida en la conciencia personal de cada individuo.

Por ejemplo, la poligamia se considera moralmente aceptable en unas culturas y no en otras, pero a nivel individual será la ética personal la que dará respuesta a la conciencia de cada uno.

El respeto a los demás es una norma ética universal, sin embargo, el trato denigrante a ciertos grupos marginales no se considera inmoral en el acervo cultural de distintas sociedades (ej.: sistema de castas en India, inmigrantes de países en desarrollo, etc.).

Aunque normalmente la ética respalda o justifica las prácticas morales, en ocasiones puede entrar en contradicción con ellas. Esto se puede percibir como injusticia social o como discrepancia con la moral socialmente aceptada, dando lugar a conflictos éticos e incluso a objeción de conciencia.

Ética y bioética

Siendo la ética la disciplina que se ocupa de las acciones del hombre, la Bioética, siguiendo la definición de la *Encyclopedia of Bioethics* (1978), es la ética aplicada a las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, **examinada a la luz de los valores y los principios morales**.

El término Bioética fue acuñado por vez primera por Van Rensselaer Potter en 1970, quien la visualizó como un puente necesario entre las humanidades y el rápido progreso científico, teoría desarrollada en su libro “*Bioethics, the bridge to the future*” (1971)², profetizando así los numerosos conflictos éticos actuales derivados de la desproporción entre los grandes avances médi-

cos y la carencia de recursos y cuidados básicos en múltiples campos de la salud.

Principios y valores

Los principios básicos de la Bioética surgieron a partir de dos acontecimientos históricos, que no pueden dejar de mencionarse cuando se analizan sus cimientos.

El primero de ellos es el Juicio de Nuremberg de 1947 contra las atrocidades nazis cometidas en los campos de concentración, de donde surgieron las primeras normas éticas para investigación con humanos. El segundo es el caso Tuskegee, estudio observacional de la sífilis en una comunidad de raza negra, a pesar de conocerse la eficacia de la penicilina para dicha enfermedad. La revelación a la prensa de este experimento dio origen a la publicación del Informe Belmont en 1979³, en el que se establecen los cuatro principios básicos de la Bioética: Beneficencia, Autonomía, Justicia y No-maleficencia.

Pero los principios, aunque sirven de marco referencial, no son suficientes para hacer un correcto análisis ético de un problema: es preciso prestar atención a los **Valores**. Según el Profesor Diego Gracia⁴ son Valores todas aquellas cualidades o virtudes inmateriales atribuibles a cosas, acciones o ideas que las convierten en estimables para la persona. Valoramos constantemente todo lo que nos rodea como “bueno o malo”, “agradable o desagradable”, “positivo o negativo”... De esta percepción subjetiva, es fácil deducir que los Valores son propios de cada persona y diferentes en cada cultura, religión o periodo histórico, y por tanto cambiantes con la evolución social, la madurez personal y en función de las circunstancias.

Como ejemplo paradigmático pensemos en el concepto “calidad de vida”, tan dispar que puede condicionar un plan-teamiento terapéutico, especialmente en situaciones de enfermedad avanzada.

Aplicación práctica de la bioética

Como disciplina, la bioética se encarga de promover decisiones clínicas prudentes, racionales y razonables ante conflictos éticos, teniendo en cuenta tanto los hechos clínicos como los valores y preferencias de las partes implicadas, considerando las circunstancias particulares y asumiendo las consecuencias previsibles de la decisión tomada.

En la práctica asistencial el conflicto ético surge cuando en una situación clínica, se enfrentan valores aparentemente incompatibles. A menudo existen desacuerdos de opinión entre profesionales, entre éstos y el paciente y/o su familia, e incluso entre miembros de una misma familia. Discrepancias que surgen precisamente de la pluralidad de valores individuales.

Erróneamente, tendemos a creer que una decisión está bien tomada cuando es acorde a nuestra propia escala de valores,

olvidando que los valores que se deben respetar son los de la persona interesada, siempre que no atenten contra su dignidad, no sean maleficientes y no contradigan la *Lex Artis*.

De hecho, ante un conflicto de valores, el criterio de discernimiento para establecer prioridades debe situar en primer lugar al paciente, después a la familia y finalmente a los profesionales. Del correcto manejo de esta ecuación dependerá el grado de satisfacción asistencial, en base a los objetivos esperados.

De ahí que la famosa Regla de Oro “trata a los demás como quisieras que te trataran a ti”, puede reformularse, siguiendo a Bernard Shaw (1898) como: “no hagas a otros lo que quisieras que te hagan a ti, sus gustos pueden ser diferentes”.

Existen diversos métodos de análisis para la resolución de conflictos éticos. Quizá el más aceptado es el método deliberativo desarrollado por el Profesor Diego Gracia⁵ cuyas fases se muestran en la tabla I. Partiendo de los hechos clínicos y del análisis de los valores, y a través de la reflexión y la deliberación, se pretende optar por la decisión óptima para el caso concreto, que no necesariamente será la única ni la mejor, pero obligatoriamente debe ser razonada, razonable y prudente. Y siempre se delibera en condiciones de incertidumbre.

Bioética en Pediatría

En Pediatría son múltiples y variados los conflictos que se presentan tanto en función del grupo etario, como de la patología y en especial, respecto a cuestiones relativas al inicio y fin de vida.

Algunos ejemplos: programación y reproducción asistida, manipulación genética con fines terapéuticos o de mejora de la especie, interrupción voluntaria o terapéutica de la gestación, límite de viabilidad en prematuros extremos, abuso infantil y sus variantes, conductas adictivas y delictivas en

Tabla II. Escala móvil de Drane para valoración de la competencia

Capacidad 1	Requisitos mínimos	Aquella para consentir tratamientos efectivos o muy recomendables, o rechazar tratamientos ineficaces
Capacidad 2	Requisitos medios	Para consentir o rechazar tratamientos discutibles o muy graves para el enfermo
Capacidad 3	Requisitos máximos	Para consentir o solicitar tratamientos ineficaces o experimentales, o rechazar tratamientos efectivos o muy recomendables

la adolescencia, salud sexual y reproductiva, enfermedades raras, crónicas, incurables, cáncer, discapacidad psicomotriz, abordaje del dolor y el sufrimiento en fase terminal, valoración de la competencia y capacidad en el menor, ensayos clínicos, y un largo etcétera.

Además, la Pediatría tiene ciertas particularidades:

- La relación clínica es triangular, pues se establece entre el profesional, los padres o tutores y el niño, niña o adolescente enfermo.
- El proceso de toma de decisiones es complejo debido a que, habitualmente, no es el paciente quien las toma, sino sus progenitores o representantes. Las decisiones por sustitución deben responder al interés superior del menor buscando su beneficio, siendo el pediatra garante del menor.
- Se trata de una población vulnerable con una progresiva adquisición de autonomía y capacidad. Esta condición, tan particular de la infancia, exige del pediatra una valoración constante de la madurez y el grado de implicación que el menor o adolescente puede asumir en según qué situaciones clínicas. En este sentido resulta útil conocer las etapas del desarrollo moral de Kohlberg⁶ y la escala móvil de Drane (Tabla II) para valorar la capacidad en función de la dificultad de la decisión a tomar⁷.

Tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria los problemas éticos surgen casi a diario, en gran parte mediatizados por la multiculturalidad y la pluralidad de valores. Se requiere sensibilidad para reconocerlos y una gran dosis de respeto hacia las distintas identidades morales o valores por los que cada persona orienta su vida⁸. Como pediatras, debemos, además, extremar nuestras habilidades empáticas y de comunicación, saber adaptar el lenguaje a cada situación y respetar al máximo los valores de todas las partes implicadas.

Casos clínicos

Caso clínico 1: Marcos, de 13 años fue diagnosticado de quiste óseo benigno en tercio proximal de húmero derecho (Fig. 1) hace 6 años. Se adoptó conducta expectante hasta la última revisión en la que, sus padres y el traumatólogo, deciden la intervención quirúrgica del quiste. Marcos, que se encuentra asintomático y no ha sido informado de los detalles de la cirugía ni de los riesgos de omitirla, rechaza la intervención.

El quiste óseo benigno es una patología en la que se recomienda una conducta expectante durante la infancia. Hacia el final del crecimiento, se decide intervenir las lesiones que com-

Tabla I. Fases del Procedimiento Deliberativo, según D. Gracia, 2004

1º	Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión
2º	Discusión de los aspectos clínicos de la historia
3º	Identificación de los problemas morales que suscita
4º	Elección del problema moral a analizar, por la persona responsable del caso
5º	Identificación de los valores en conflicto
6º	Identificación de los cursos extremos de acción
7º	Búsqueda de los cursos de acción intermedios
8º	Análisis del curso de acción óptimo
9º	Decisión final
10º	Comprobación de la validez basada en las Pruebas de Consistencia: – Legalidad: ¿la decisión tomada respeta las normas legales? – Publicidad: ¿estaría dispuesto a defenderla públicamente? – Temporalidad: ¿tomaría la misma decisión pasado un tiempo?



Figura 1.

prometen a la estabilidad del hueso y comportan, por tanto, un riesgo significativo de fractura⁹.

En este caso, el profesional y la familia toman la decisión sin tener en cuenta la opinión del menor, en una edad en la que se puede presumir capacidad suficiente para entender los beneficios de la cirugía frente al riesgo de no intervenir. Se vulnera, por tanto, el principio de autonomía de un menor maduro.

La autonomía es la capacidad del individuo para tomar decisiones que afecten a su persona. Le confiere libertad para elegir aquellas medidas que considere adecuadas para sí mismo, siempre que no impliquen un daño a terceros o estén fuera de la legalidad. El ejercicio de la autonomía requiere tres requisitos: tener información del proceso, capacidad para entenderla y actuar de forma libre y voluntaria sin ningún tipo de coacción¹⁰. Lleva además asociado el respeto de los demás a la decisión adoptada.

El consentimiento informado debe ser un proceso en el que el médico comparte con el paciente, en un lenguaje comprensible para él, y en este caso con sus familiares, la información clínica, las alternativas, los beneficios y los riesgos. No puede reducirse a la firma de un documento escrito.

La capacidad, es un proceso que se adquiere con la madurez. La doctrina del menor maduro defiende su derecho a participar en la toma de decisiones, en cuanto tenga capacidad para ello. La valoración de la capacidad corresponde al médico responsable, en este caso el pediatra o el traumatólogo infantil. Es fácil intuir que para decisiones complejas es exigible una mayor capacidad que para decisiones de poca trascendencia. Como ya se ha comentado, la escala móvil de Drane relaciona la capacidad exigida con el tipo de decisión a tomar (Tabla II).

Aunque la Constitución Española fija en los 18 años la mayoría de edad, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años, salvo actuaciones de grave riesgo en las que, tras la modificación de la Ley 8/2015, la decisión final corresponde a los padres tras haber escuchado y valorado la opinión del menor. Por debajo de esa edad el menor con 12 años cumplidos será escuchado y su opinión tenida en cuenta.

Caso clínico 2: Carlos en un menor de 13 años diagnosticado de diabetes mellitus tipo I. Su médico especialista y su madre acuerdan poner un sensor de glucosa continuo, medida que él rechaza por motivos estéticos. A pesar de ello, se decide un periodo de prueba de un año. Pasado este tiempo, Carlos se mantiene firme en su decisión de retirar el sensor, asumiendo el sistema de control de glucemia capilar mediante punción.

El sensor continuo de glucosa evita la necesidad de punciones diarias, portando un dispositivo similar a una pila de botón que se suele poner en la parte externa del brazo¹¹.

Carlos entiende que su decisión tiene una consecuencia directa (pincharse a diario) que asume y acepta, y además mantiene su decisión un año después. Se trata de una decisión madura, por tanto, si no se respeta, se vulnera el principio de autonomía. Optar por el sensor en contra de sus preferencias, puede resultar maleficente respecto a su imagen corporal, lo que vulneraría el principio de beneficencia.

La beneficencia consiste en hacer el bien que el paciente percibe como tal y, así como no se puede hacer el mal a un paciente aunque nos lo pida, tampoco se puede hacer lo que suponemos un bien para él, en contra su voluntad o sus intereses. El principio de beneficencia está supeditado al principio de autonomía. En caso de conflicto entre ambos, siempre primará la autonomía del paciente para la toma de decisiones, salvo en actuaciones de grave riesgo¹⁰.

Caso clínico 3: Lucía, a sus 6 meses de vida, se alimenta con lactancia materna exclusiva. Su madre acude a consulta para solicitar un informe que certifique tal situación e impida el derecho de pernocta con su padre. Actualmente están en proceso de separación y el padre ha solicitado la custodia compartida.

El artículo 22 de la Ley 41/2002, recuerda que todo paciente, o sus representantes legales, tienen derecho a la solicitud de certificados acreditativos de su estado de salud. El médico debe velar por el interés superior del menor, la emisión del informe debe buscar la medida más adecuada para él.

La lactancia materna es un derecho humano para bebés y madres reconocido por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2016, y como tal debe ser fomentado y protegido. Aceptar el derecho de pernocta implica la suspensión durante periodos largos de lactancia lo cual se puede asociar a destete prematuro y a complicaciones en la madre como ingurgitación y mastitis¹².

La separación del bebé de su cuidador principal a una edad inferior a los tres años puede suponer un riesgo de desarrollar un apego ansioso que repercutirá en relaciones futuras. Por otro lado, reconocer el derecho a la lactancia no cuestiona la idoneidad del padre como cuidador y no puede suponer un menoscabo del derecho a permanecer tiempo con la menor.

La Ley 15/2005, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, regula la custodia compartida como mecanismo ideal en procesos de separación para favorecer la corresponsabilidad de ambos progenitores. Esta situación reconoce una excepción "menores en periodo de lactancia". El bien de la menor implicaría mantener la lactancia con periodos de visitas frecuentes y flexibles para el padre, término que se aproxima a la custodia compartida progresiva.

Caso clínico 4: Cita telefónica de una madre que consulta porque su hijo Ángel de 6 años, en el último mes tiene comportamientos disruptivos tanto en casa como en el colegio (inquietud, desobediencia, rabietas frecuentes). Le preocupa que tenga algún problema relacionado con salud mental.

Interrogando a la madre sobre algún cambio observado en ese periodo, informa que se acaba de separar de su pareja, con la que convivía desde su embarazo. Ángel ha convivido con él desde su nacimiento y desde hace un mes las visitas son casi inexistentes, a pesar de que la expareja quiere seguir manteniendo su relación con él. El embarazo tuvo lugar por donación de esperma sin padre reconocido legalmente.

El motivo de consulta es un cambio de conducta en el menor desde hace un mes. Revisando los trastornos de conducta en esta edad en el manual DSM-V, se requiere un tiempo superior a seis meses para diagnosticar un TDHA (Trastorno por hiperactividad y déficit de Atención), TOD (trastorno oposicionista desafiante) o un trastorno de conducta (comportamiento disruptivo en el que no se respeta el bien ajeno). El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (accesos de cólera e irritabilidad mantenida) requiere un tiempo superior a 12 meses y puede suceder como respuesta a frustraciones. El caso no se ajusta a ninguno de estos cuadros, aunque podría ser el inicio de cualquiera de ellos¹³.

J. Bowlby describía lo dañina que es la pérdida de un cuidador principal en la temprana infancia y cómo la agresividad era el síntoma principal en los procesos de duelo de los menores¹⁴. No puede pasarnos desapercibido el proceso de duelo que está sufriendo el niño ante la pérdida del referente paterno y que podría ser el motivo de su conducta.

El artículo 154 del Código Civil dice que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos. Separarle de su referente paterno podría ser una medida inadecuada con posibles consecuencias futuras.

Se aconseja mantener visitas frecuentes y programadas con la expareja de la madre que Ángel pueda anticipar, intentando mantener sus rutinas lo máximo posible.

Conclusiones

En 1970 VR. Potter, en su artículo “Bioethics, the science of survival”, proponía el término “bioética” para “poner de relieve los dos elementos más importantes para alcanzar el nuevo saber, que se necesita desesperadamente: conocimiento biológico y valores humanos”¹⁶.

La bioética, como ética aplicada, nos enseña a tratar a los pacientes desde un punto de vista integral, entendiendo sus valores y preferencias en cada situación concreta, desde el respeto, la empatía y la prudencia que deben acompañar a cada proceso asistencial.

En el momento actual parece que el prestigio del médico se basa en sus competencias, con el riesgo de convertir el acto

médico en un mero acto técnico, dejando al margen al paciente como ser humano. Los valores y las creencias son cualidades que nos definen como personas, dotan nuestra profesionalidad y orientan nuestros actos. En nuestro trabajo debemos aspirar a la excelencia, lo que incluye el respecto incuestionable a los valores de nuestros pacientes y de la sociedad.

Hoy en día se ponen en valor las palabras de Potter: el aunar conocimientos técnicos y valores humanos, ciencia y ética, es una necesidad acuciante en un mundo inundado por una tecnología al servicio del hombre sin límites definidos lo que, con claros beneficios en términos de salud, entraña el riesgo de deshumanizar nuestro trabajo.

Bibliografía

1. Ética y Moral. En: Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/etica-y-moral/>. Consultado el 9 de julio de 2022.
2. Van Rensselaer P. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey: Prentice Hall. 1971. ISBN 0-13-076505-8.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Nueva York, Oxford University Press 1979. Traducción española: Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson-Salvat. 1999.
4. Gracia D. La cuestión del valor. Discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Disponible en: <http://www.racm.es/R/racm/docs/discursos/D81.pdf>. 2011.
5. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Ética en la práctica clínica. D. Gracia y J. Judez (eds). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Triacastela. 2004.
6. Kohlberg L. The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs. 1981.
7. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. A mayor riesgo, criterios más estrictos. En Bioética para clínicos. Azucena Couceiro (ed.). Madrid. Ed Triacastela. 1999.
8. Martínez C, Sánchez M. Bioética, Pediatría y medicina basada en los valores. An Pediatr Continuada. 2011; 9: 397-402.
9. Tis JE. Nonmalignant bone lesions in children and adolescents. Disponible en uptodate. Consultado el 2 de marzo 2022.
10. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 1º edición. editorial Tricastela. 2007.
11. Galeote Mayor M. Medidores continuos de glucosa: Qué, Quién, Dónde, Cuándo, Cómo, Para qué, Por qué. Sociedad Española de Farmaceuticos de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.sefap.org/2020/02/26/medidores-continuos-de-glucosa-que-quien-donde-cuando-como-para-que-por-que/>.
12. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. Separación de padres con hijos en periodo de lactancia. Recomendaciones. 2013. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201302-separacion-padres.pdf>.
13. Bowlby J. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Sexta edición. Editorial Morata. 2014.
14. Díaz Huertas JA. Atención al Maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Comunidad de Madrid. 1998.

Bien nutridos

La nutrición desde una matrona

Noelia Rodríguez Blanco

Supervisora del Área de Atención Integral a la Mujer, Hospital de la Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante

En la primera visita con la matrona, una de las primeras cuestiones que nos plantea la gestante es, sin lugar a dudas, qué debe comer. Es cierto que la población conoce que tener un estado de salud óptimo antes de lograr un embarazo, garantiza tener un resultado final más satisfactorio y por tanto se le da valor a la importancia de lograr esta meta.

En la etapa preconcepcional adquiere especial importancia determinar el IMC, y esto se debe establecer en esta primera visita con la matrona en su centro de salud.

El peso materno ideal oscila entre IMC 18,5-24,9%. Esta información y sus desajustes tanto por encima como por debajo de este intervalo óptimo, servirán como guía para la realización de recomendaciones de dieta, ejercicio, ganancia/pérdida de peso, antes, durante o después del embarazo¹.

Se hace necesario, por tanto, explicarle a la gestante que no debe incrementar su ingesta en la etapa precoz de la gestación de forma generalizada, sino acorde a su IMC, así como explicar que la ganancia de peso en el primer trimestre debe ser mínima (0,5-1,5 kg) y que luego se incrementará en el segundo cuatrimestre pero solamente 300 cal/ día para conseguir una ganancia de 0,5 kg a la semana. En el puerperio se debe aconsejar a las gestantes que tengan normopeso, que sigan con una dieta completa, rica en calcio y nutrientes.

Por lo tanto, podemos afirmar, que se debe promover el cribado del IMC en las visitas clínicas de rutina para todas las mujeres en su etapa reproductiva, de forma que se optimicen los resultados tanto maternos como fetales.

Nutrirse no es lo mismo que alimentarse, dado que este primer proceso inconsciente el cuerpo obtiene lo que necesita para poder tener un funcionamiento correcto del organismo. Y en este proceso el sistema reproductor no es una excepción, pudiendo afectar a la fertilidad o al desarrollo óptimo del embarazo una nutrición deficiente².

La dieta mediterránea tiene importantes beneficios para la población general y también para las gestantes. Por este motivo la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública publicó el decreto 84/2018 del 15 de junio del Consell. En este documento se recalca la importancia del fomento de la dieta mediterránea en los centros públicos de la Comunidad Valenciana. En este decreto se especifica que los menús saludables tendrán como base la «dieta mediterránea» en los pacientes que ingresen por cualquier motivo en un hospital. Este decreto tiene por objeto fomentar una alimentación saludable y sostenible, e impulsar la incorporación de alimentos de proximidad, de temporada y de producción ecológica³.

La incorporación de estas directrices se debe efectuar por su componente educativo a la vez que sanitario, debiendo pues vigilar que esta calidad de los menús se cumpla y que tengan en cuenta las necesidades individuales de la gestante, como son la

incorporación de fibra a la dieta (30 g día), la exclusión de otros menos recomendados, como jamón serrano, un aporte diario de verduras y frutas necesario (al menos dos veces al día), y vigilar el uso excesivo de productos procesados como galletas, gelatinas, margarina, dulces, etc.

A pesar de estas recomendaciones, es frecuente encontrar en los hospitales dietas que no cumplen estos criterios de forma que podríamos preguntarnos si en los hospitales se cuidan las necesidades nutricionales de los pacientes y si se evalúan estas y supervisan desde las direcciones y gerencias competentes en esta materia.

Una alimentación saludable para la fertilidad es aquella que es variada en todos los grupos alimenticios, bajos en grasa y de alto valor nutricional, rica en agua y ausente de sustancias tóxicas⁴. Los profesionales debemos fomentar y evaluar su estado nutricional y hábitos, desde la primera visita y continuar con las recomendaciones durante la hospitalización y en el postparto en el domicilio.

En las fases iniciales del embarazo la madre almacena nutrientes fundamentalmente en el hígado y la placenta que serán liberados de forma progresiva hasta el día del parto. Si su ingesta es insuficiente, las reservas maternas se movilizan pudiendo perjudicar al desarrollo del feto, y como consecuencia un retraso en el crecimiento del feto. Varios estudios epidemiológicos han relacionado el bajo peso al nacer con un riesgo de desarrollo en la edad adulta de diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.

Por todo lo anteriormente comentado, de carácter general las recomendaciones dietéticas durante la gestación serían⁵:

- Realizar cinco comidas al día, evitándose el picoteo y largos periodos de ayuno.
- Beber abundantes líquidos, como promedio 2-2,5 l/día.
- Evitar el consumo de tabacos, alcohol o cafeína.
- Limitar el uso de azúcares refinados.
- Evitar el consumo de alimentos crudos o pocos cocinados y que no estén debidamente lavados.
- Reducir el consumo de sal en casos de edema o hipertensión, recomendando la sal de tipo yodado.

Otra cuestión planteada en la gestante, es la que acontece el día del parto. Toda gestante en trabajo de parto se le asume un riesgo de broncoaspiración debido a los cambios anatómo-fisiológicos del embarazo y que en todos los casos se desconoce si el parto necesitará ser finalizado mediante cesárea bajo anestesia general. Sin embargo, los estudios muestran que la muerte por broncoaspiración es extremadamente rara en la población general de gestantes durante su dilatación y expulsivo. Por lo tanto, se recomienda permitir la ingesta de bebidas isotónicas de vaciado gástrico rápido y que mantengan la eficacia prolongada

en el tiempo. La amilopeptina es la fuente de energía principal en estas bebidas⁶.

En esta misma comunidad y para poder trabajar de forma integral la incorporación de la dieta mediterránea en la paciente que debe ser hospitalizada, un grupo de expertos, propuso en el 2020, 6 retos⁷:

1. Redefinición y elaboración de dietas adaptadas a la edad y situación clínica, contemplando la alimentación SS. *saludable, segura, satisfactoria, sostenible y social*.
2. Evaluación del estado nutricional de la paciente y potenciación de la alimentación hospitalaria como herramienta de educación nutricional y como parte relevante del estado nutricional de la persona.
3. Optimización de la gestión y trazabilidad de la información, especialmente importante en el caso de alergias y/o intolerancias.
4. Servicios prestados por la cocina aún más saludables y eficientes.
5. Generación mínima de residuos alimentarios y plásticos y su tratamiento.
6. Creación de entornos más “amigables” para disminuir la incapacidad derivada de la propia enfermedad.

Con todo lo afirmado anteriormente, llegamos a la conclusión de que la dieta mediterránea aporta toda la energía y nutrientes necesarios para permitir el crecimiento y desarrollo fetal, protegiendo del desarrollo de patologías obstétricas incluyendo complicaciones del parto, infecciones y alteración del crecimiento fetal.

Por lo tanto, tanto profesionales de Atención Primaria como en hospitalaria, debemos fomentar estos hábitos saludables, por resultar de especial importancia para la salud obstétrica y pública⁸.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinión nº 548: Weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013; 121: 210.
2. Kermack AJ, Calder PC, Houghton FD, Godfrey KM, Macklon NS. A randomised controlled trial of a preconceptional dietary intervention in women undergoing IVF treatment (PREPARE trial). *BMC Womens Health*. 2014; 18: 130.
3. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública publicó el decreto 84/2018 del 15 de junio del Consell. Consultado el 25 de julio de 2022. Disponible en: https://dogv.gva.es/datos/2018/06/22/pdf/2018_6099.pdf.
4. Martin JC, Zhou SJ, Flynn AC, Malek L, Greco R, Moran L. The Assessment of Diet Quality and Its Effects on Health Outcomes Pre-pregnancy and during Pregnancy. *Semin Reprod Med*. 2016; 34(2): 83-92.
5. Sánchez-Muniz FJ, et al. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutr. Hosp*. 2013; 28(2): 250-274. ISSN 0212-1611.
6. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(3): 473-480.
7. Alimentación y Dieta Hospitalaria Soluciones Innovadoras para los Retos Prioritarios de la Comunidad Valenciana Resumen Ejecutivo Diciembre 2020. Consultado el 20 de julio de 2022. Disponible en: https://innoavi.es/wp-content/uploads/2021/01/resumen_ci_dieta_hospitalaria.pdf.
8. Zaragoza-Martí A, Ruiz-Ródenas N, Herranz-Chofre I, Sánchez-SanSegundo M, Serrano Delgado VC, Hurtado-Sánchez JA. Adherence to the Mediterranean Diet in Pregnancy and Its Benefits on Maternal-Fetal Health: A Systematic Review of the Literature. *Front Nutr*. 2022, 31(9): 813942.

Nutrición desde una enfermera pediátrica

Isabel Lleonart Torrente

Enfermera de Atención Primaria CAP Premià de Mar. Grupo de enfermería SEPEAP. Máster en Pediatría y Neonatología. Universidad San Jorge, 2017. Barcelona

El inicio al equilibrio nutricional se aborda en la consulta de la enfermera pediátrica implicando a las familias, dándoles herramientas y conocimientos que permitan una buena alimentación teniendo en cuenta que la nutrición supone mucho más que el acto de alimentar al niño. Para ello se deben tener en cuenta los factores que interaccionan en este complejo sistema; agentes (agua, energía y nutrientes), huésped, que es el niño con sus características fisiológicas y el ambiente que conlleva la selección de alimentos, hábitos familiares, frecuencia de consumo, tipo de gastronomía, economía, raciones y horarios¹.

El objetivo principal propuesto es lograr una dinámica familiar nutricional, educando a la familia en la preparación de alimentos, mejorando la calidad de la alimentación de la familia y creando un ámbito de motivación familiar y de organización de los tiempos de preparación de comidas. Como objetivo secundario y a modo de material de apoyo en la consulta de enfermería y en casa para las familias, se ha creado un material didáctico y de consulta con consejos y ejemplos de menús óptimos y variados en cada etapa de crecimiento del lactante y niño con las raciones correspondientes a cada etapa para así servir de guía y hacer más fácil la introducción a la alimentación complementaria.

Una de las primeras y más frecuentes dudas que les surgen a los padres al inicio de la alimentación complementaria es saber cuál es el momento de iniciarla. Enumerar las características claves para el inicio de la misma y saber si el bebé las cumple es el primer paso para empezar con seguridad y favorecer las

Tabla 1. Recomendaciones de ingesta de energía y proteínas para la población infantojuvenil (DRI: academia de medición Food and nutrition board), 2002				
Niños y niños Edad	Energía kcal/día	Kcal/kg/ día	Proteínas g/día	g/kg/día
0-6 meses	650	108	14	2,3
6 m-1 año	950	105	20	1,6
1-4 años	1.250	100	23	1,2
4-6 años	1.700	90	30	1,1
6-10 años	2.000	70	36	1,0

condiciones que permiten la adquisición progresiva de unos hábitos alimentarios saludables y una buena relación con la comida. Para ello el bebé debe presentar interés activo por la comida, la desaparición del reflejo de extrusión y por último debe tener capacidad de coger comida con la mano y llevarla a la boca en la postura de sedestación con apoyo².

Otra consulta frecuente es sobre los diversos métodos de alimentación complementaria, y cuál de ellos elegir. El método más adecuado es siempre el que se adapta mejor al niño y a la familia. Explicar cada uno de ellos a los padres y tener en cuenta los factores nutricionales que se adapten mejor a la dinámica familiar y al niño. Es fundamental para la enfermera saber qué idea y conocimiento previo tienen los padres sobre los métodos de alimentación complementaria, posibles limitaciones y hábitos familiares.

Los dos métodos más utilizados hoy son el Baby-Led Weaning y el Método Mixto, que es una adaptación de la alimentación complementaria Beikost y Baby-Led Weaning. El primero se caracteriza porque el bebé se alimenta por sí solo utilizando sus manos o cubiertos, come con la familia en la mesa la misma comida familiar pero adaptada en cantidades y consistencia y se mantiene la leche como alimento principal cuando se inicia.

El método mixto se caracteriza por dejar comer al bebé solo, que experimente, y permite que los padres le alimenten simultáneamente. Además, no siempre come con la familia. Este método no es tan estricto, permite controlar mejor las cantidades ingeridas y se adapta a los horarios del lactante, ya que la vida laboral del adulto no siempre permite un horario de comida óptimo para los niños³.

En cuanto a los requerimientos nutricionales que se ha tomado de referencia para elaborar los menús, se ha basado en las recomendaciones de ingesta de energía y proteínas para la

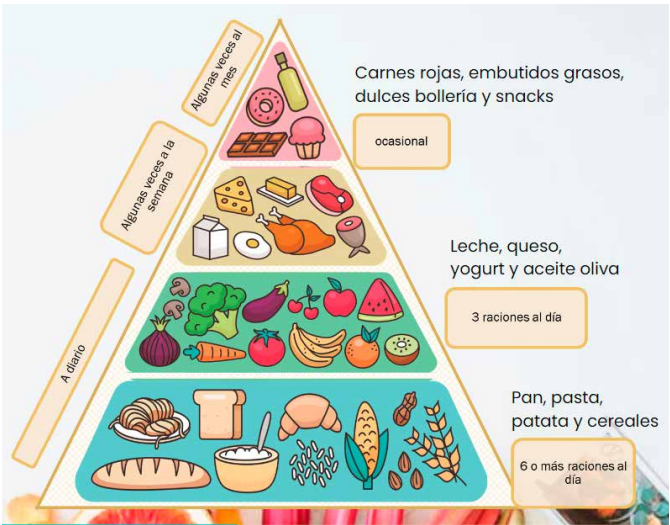


Figura 1. Pirámide de recomendaciones nutricionales para población infantojuvenil.

Tabla II. Tamaño de raciones recomendadas (Aranceta)					
Alimento	Frecuencia	Gramos <6 años	6-8 años	9-11 años	>12 años
Carnes	2 diarias	50	70	80	100
Pescados		60	65	80	90
Huevos		50	50	100	100
Leche	3-4 diarias	125	175	200	220
Queso		20	20	40	40
Yogur		125	125	125	125
Legumbres	3 semanales	150	160	180	190
Hortaliza fresca	>1 diaria	20	20	50	75
Hortaliza cocinada	>1 diaria	150	200	220	250
Frutas	>2 diarias	75	75	100	100
Cereales	>6 diarias	100	120	150	160
Patata		120	130	135	140
Pan		25	25	30	40

Tabla III. Menú semanal para lactantes de 6 a 9 meses						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Bizcocho casero	Pan con aceite	Papilla de manzana y pera	Bizcocho casero	Pan con aceite	Plátano chafado	Pan con aceite
Puré de nabo y calabaza	Arroz integral	Daditos de zanahoria y patata	Brócoli	Puré de garbanzos <i>Hummus</i>	<i>Couscous</i>	Coliflor
Lenguado ½ filete pequeño	Trocitos de pollo 1/6 pechuga	Huevo rallado	Guiso de conejo desmenuzado	Palitos de zanahoria, pepino, pan integral	Merluza plancha ½ rodaja	Tortilla de 1 huevo
Pera a cubitos	Manzana rallada	Pan con aceite	Fresas	Batido de naranja y plátano	Bizcocho casero	Manzana al horno
Sopa maravilla de caldo casero y huevo rallado	Aguacate con tomate rallado ½ Filete de lomo de cerdo	Estofado de lentejas pardinas con verduras	Judía tierna y patata al vapor Rodaja de rape	Puré de puerro, cebolla y calabacín Filete de caballa	Berenjenas plancha ½ Filete de lomo de cerdo	Puré de alubias Zanahoria rallada

población infanto-juvenil (Tabla I), la pirámide de recomendaciones nutricionales para población infantojuvenil (Fig. 1), y el tamaño de raciones en gramos al día recomendadas de Aranceta (Tabla II).

Cada menú tiene sus especificaciones por edades. Para los niños de seis a nueve meses de edad se mantiene la leche materna a demanda antes de las comidas y se introducen los frutos secos en forma de harinas en preparaciones de recetas. De nueve a doce meses se introduce el yogur y queso fresco. A partir del año y hasta los dieciocho meses se introduce la leche entera de vaca y lácteos variados, si se mantiene la lactancia materna, será post comidas. Por último, de dieciocho meses a los tres años se recomiendan las espinacas y acelgas en ración entera, pescados de gran tonelaje, crustáceos con cáscara y miel

en elaboraciones o en pequeñas cantidades a partir de los dos años. Los frutos secos enteros a partir de los cuatro años.

Menú semanal de seis a nueve meses (Tabla III) y menú semanal de nueve a doce meses (Tabla IV).

En la consulta de la enfermera de Pediatría surgen consultas donde los padres manifiestan preocupación porque el niño no come o dificultades en la alimentación complementaria de los primeros meses. Se recomienda no forzarlo a comer, revisar una sedestación incorrecta, chequeando un adecuado soporte lateral, los pies sobre superficie firme en la sillita y la espalda recta, caderas, rodillas y pies a 90°.

Es muy importante que no interfieran en la alimentación distractores de la atención como la tablet, la televisión o un animal doméstico. Otro motivo puede ser un brote dental o ali-

Tabla IV. Menú semanal para lactantes de 9 a 12 meses

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Yogur	Pancake con canela	Pan con aceite	Galleta natural de avena y plátano	Pan con queso fresco	Yogur con cereales	Queso fresco con frutas
Patata y judías verdes al vapor	Hamburguesa casera mixta	Lentejas estofadas con verdura y arroz integral	Coliflor y bechamel gratinada	Quinoa con zanahoria rallada y guisantes	Arroz y zanahoria hervidas con salsa de tomate	Crema de verduras
Bacalao fresco 1 rodaja	Palitos de pimiento asado y berenjena	Melón	Filete de merluza	Daditos de tofu plancha	Huevo frito	Filete de lenguado
Mandarina	Queso fresco con fresas		Manzana rallada	Naranja a rodajas con zumo	Macedonia	Yogur
Palitos de pan	Naranja	Yogur y kiwi	Manzana al horno con canela	Bizcocho casero de manzana	Mango	Galleta de avena
Sopa de pescado con fideos y arroz	Calabacín a la plancha	Sémola	Arroz salteado con verduras y dados de ternera	Tortitas de huevo, harina y verduras	Sopa de ave con fideos y pollo desmenuzado	Pan con tomate
Compota de pera	Bacalao fresco	Huevo rallado		Aguacate		Caballa al horno
	Arroz con leche	Naranja	Piña al natural	Yogur	Batido de queso y fresa	Pera

mentarlo con una cuchara no adecuada, que incomoda y hasta puede causar dolor.

Los distractores del apetito son una causa común que dificultan la alimentación. Dar alimentos entre horas con alto contenido en azúcar o sal, o saturar la capacidad gástrica del niño⁴.

Como consejos a dar a los padres para una correcta alimentación complementaria, deben aprender a reconocer las señales propias de saciedad, cada persona es diferente, y confiar en los niños. Seguir ofreciendo alimentos variados de calidad es una premisa. Siempre evitar durante la comida premiar, castigar, comparar y sustituir, si no quieren comer.

Al introducir nuevos alimentos hacerlo en pequeñas cantidades y acompañado de algo que sí le guste dejando que lo manipule, aunque no lo coma. Dar ejemplo es lo mejor que los padres pueden hacer, de aquí la importancia de las comidas en familia. Si rechaza un alimento nuevo, prepáralo de otra manera otro día. Se debe recordar a los padres

que este proceso no es fácil, pero si se mantiene, se logrará una alimentación autónoma que disminuye el riesgo de sobre-alimentación y obesidad futuras y facilita la adaptación a las comidas normales.

Bibliografía

1. Alonso Franch M, Martínez MJ. Nutrición, crecimiento y desarrollo. Nutrición clínica. Bases y fundamentos. En: Miján A, editor. Madrid: Doyma; 200. p 231-48.
2. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. 2018. Consultado el 6 de abril de 2022.
3. Asociación española de Pediatría. Alimentación dirigida por el bebé 2014. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/node/746>.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Estratègies per a una alimentació saludable i una criança positiva. Barcelona. 2015.

Los exantemas en la consulta de Pediatría

Javier Pellegrini Belinchón*, Gema García Ron**

*Pediatra de Atención Primaria. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Vicepresidente de la SEPEAP.

**Pediatra de Atención Primaria. Vocal de la Junta Directiva de la SEPEAP. Madrid

La piel, como órgano más extenso del cuerpo humano se caracteriza por su visibilidad y una gran capacidad de reacción ante estímulos locales o generales, lo que en muchos casos puede facilitar el diagnóstico o abordaje de enfermedades tanto infecciosas como de otra etiología en las que se ve involucrada la piel.

El exantema, que se puede definir como una erupción cutánea, se designa y clasifica por sus características morfológicas y evolutivas, es un signo que constituye un motivo frecuente de alarma y por lo tanto de consulta en Pediatría de Atención Primaria.

Aunque no se conocen todos los mecanismos capaces de producir las lesiones cutáneas, se aceptan distintos procesos desencadenantes como el daño directo por los organismos patógenos (virus o bacterias), por sus toxinas o por la respuesta inmune del organismo al agente agresor. Así, hay casos en que es posible detectar el virus en la piel o en las lesiones, como en el caso de la varicela, o bien los anticuerpos circulantes son los causantes del exantema y no es posible detectar el virus o bacteria en la piel, como sería el caso de la escarlatina. Se conocen numerosos agentes infecciosos, toxinas, medicamentos o enfermedades inflamatorias como responsables de exantemas en la infancia.

Los exantemas, en muchos casos, son clínicamente indistinguibles y serán los signos y síntomas acompañantes, asociados a las características de la erupción cutánea, los que determinen la sospecha de la etiología de la enfermedad exantemática. Otras veces, por el contrario, el examen de la piel es tan característico que pueden llevar a un diagnóstico con la observación de la piel, como podría ser el caso del exantema característico y la mancha heráldica en una pitiriasis rosada.

Dada la limitación de espacio y tiempo, no es posible tratar de forma exhaustiva toda la variedad de exantemas que pueden presentar los niños, por lo tanto, la finalidad de este taller sobre enfermedades exantemáticas en la infancia es proporcionar al pediatra una metodología útil para poder enfocar de forma práctica una sospecha diagnóstica ante un niño que presenta un exantema.

En general, salvo en casos muy concretos como el que se acaba de citar, no se debe intentar un diagnóstico visual ante la presencia de un exantema basándose exclusivamente en su aspecto morfológico. Es necesario sistematizar un protocolo diagnóstico que ayudará a enfocar el problema con más garantías de éxito.

Una anamnesis correcta y dirigida es obligada y debe incluir necesariamente:

- Inmunizaciones recibidas, otras enfermedades exantemáticas pasadas, país de procedencia si se trata de niños

inmigrantes teniendo en cuenta las enfermedades prevalentes de la zona, medicaciones administradas, posibilidad de urticarias, recordar la relación entre mononucleosis infecciosa y algunos antibióticos betalactámicos.

- Características del exantema. Momento y localización del inicio, evolución si es craneocaudal o no, distribución, valorar si las lesiones son simétricas o asimétricas y si tienen relación con las radiaciones solares al aparecer en zonas expuestas de la piel, afectación de palmas y plantas, edemas acompañantes, afectación de mucosas, tipo, color, tamaño y forma de las lesiones, si son puntiformes, anulares, lineales, en encaje.
- Signos y síntomas acompañantes como tos, enantema, prurito, otros signos y síntomas, si tiene fiebre, los días de evolución y su relación con el exantema.

Tabla I. Lesiones elementales primarias

Lesión	Descripción
Mácula	Un área circunscrita de cambio de color en la piel sin elevación o depresión. No es palpable. Pueden ser de cualquier color
Pápula	Lesión superficial que hace relieve. Se toca
Mancha o placa / Parche	Máculas o pápulas de más de 1 cm
Habón o roncha	Pápula edematosa transitoria (evanescente)
Nódulo	Lesión sólida, palpable, redondeada o elipsoidal que crece en profundidad. Puede afectar a epidermis, dermis o tejido subcutáneo. Tamaño variable
Vesícula	Levantamiento de la piel con contenido líquido de menos de 1 cm
Ampolla	Vesícula con tamaño mayor de 1 cm
Pústula	Vesícula con contenido purulento
Quiste	Cavidad rodeada de una cápsula. Generalmente en la dermis. Contenido variado.
Petequia	Extravasación de sangre menor de 1 cm. No desaparece con la vitropresión o digotoextensión
Púrpura	Extravasación de sangre mayor de 1 cm

- Factores precipitantes sospechosos como fármacos, exposición solar, tipo de calzado, ambiente epidemiológico.
- Factores predisponentes como atopia, alergias, urticarias anteriores.

Posteriormente es necesario realizar la exploración del niño desnudo. Las lesiones elementales dermatológicas, se describen en la tabla I. Se consideran elementales o primarias a aquellas lesiones que no suponen la evolución de una previa.

Las lesiones secundarias son debidas a la evolución de las anteriores, por sobreinfección, rascado o tratamiento, pueden ser transitorias o permanentes y se expresan en la tabla II.

- En primer lugar es fundamental descartar la presencia de petequias, hemorragias que no desaparecen con la vitropresión (diascopia) o digitoextensión, y que en ocasiones como las petequias de esfuerzo puedan ser banales pero otras veces pueden indicar la posibilidad de enfermedades muy graves.
- Aunque estén descritos los exantemas urticariales, es preciso diferenciar bien el habón como lesión evanescente típica de la urticaria, del exantema maculo papuloso habitual de determinados procesos víricos de la infancia.
- Describir el exantema con la presencia o no de máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos, y en caso de que se asocien a lesiones secundarias, se deben nom-

brar y describir, si se acompaña de afectación de mucosas, enantema, su distribución, si es simétrica o no, si tiene tendencia a la confluencia de las lesiones, forma de presentación, predominio en cara tronco o extremidades, si respetan o no palmas y plantas, la forma de la lesión si es redondeada, reticular, lineal, número de lesiones, tendencia a la agrupación, síntomas acompañantes, como prurito, calor, dolor, olor y la evolución según pasan las horas o los días.

La clasificación morfológica de los exantemas, se pueden definir como:

- Maculo-papuloso morbiliforme. Máculas y pápulas eritematosas, con zonas de confluencia que dejan zonas de piel sana interpuesta. Se suelen presentar y resolverse de forma cráneo – caudal dejando una fina descamación furfurácea (en salvado).
- Escarlatiniforme. Pápulas eritematosas con tendencia a la confluencia que se caracterizan por un enrojecimiento inflamatorio extenso de la piel. En estas lesiones extensas no se distinguen zonas de piel sana. Suele ser áspero al tacto.
- Reticular o “en encaje”: máculo-eritematoso con aclaración central y configuración reticulada o marmolada. Hay mucha piel sana interpuesta.
- Urticarial habonoso. Lesiones eritematosas habonosas, que al hacer la vitropresión o digitoextensión, desaparece el color pero no el edema. Pueden tener una distribución geográfica, imitando mapas y en ocasiones, se unen formando lesiones anulares o serpiginosas. Suelen ser evanescentes.
- Petequial purpúrico. Se caracteriza por lesiones que no desaparecen con la vitropresión o diascopia, que se producen por extravasación de la sangre llamadas petequias o púrpuras si la extensión es mayor.
- Vesículo/ampollosos: caracterizado por lesiones elevadas con contenido seroso, fibrinoso, hemorrágico... y de diámetro variable, menor de 1 cm, en el caso de las vesículas, y mayor si son ampollas.
- Multifforme o polimorfo: máculo-pápulo-eritematoso, suelen ser lesiones circulares, a veces como anillos concéntricos con lesiones ‘fijas’, por lo menos una en diana y/o polimorfismo evolutivo.

A lo largo del taller se desarrollará la metodología diagnóstica para hacer un adecuado diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en el niño (Tabla III).

Bibliografía

- Sánchez Orta A, de Lucas Laguna R. Lesiones papuloeritematosas y urticariales. En: Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. Editores. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Madrid, Panamericana; 2018. p. 619-634.
- Remesal Camba A, Alcobendas Rueda M, Murias Losa S. Lesiones purpúricas. En: Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. Editores.

Tabla II. Lesiones elementales secundarias	
Lesión	Descripción
Escamas	Fragmentos laminares de la epidermis que se desprenden por sí mismas
Costra	Resultado de la desecación sobre la superficie cutánea de exudados orgánicos. Son secreciones secas que no se desprenden por sí mismas
Erosión	Pérdida de sustancia muy superficial y no lineal de parte o toda la epidermis
Excoriación	Pérdida de continuidad de la piel, generalmente superficial que se produce de forma habitual por arrancamiento de la piel por rascado
Úlcera	Pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, la dermis y puede llegar al tejido celular subcutáneo
Atrofia	Lesión secundaria a la disminución o ausencia de alguno de los componentes de la piel
Cicatriz	Patrón de curación de una herida o una ulceración, ya sea traumática o inflamatoria
Esclerosis	Endurecimiento o induración circunscrito o difuso de la piel, se detecta mejor por palpación que por inspección
Liquenificación	Áreas de piel engrosada con acentuación de los pliegues cutáneos. Suele ser secundaria al rascado intenso y prolongado de la piel

Tabla III. Exantemas. Diagnóstico diferencial clínico

Enfermedad	Causa	Pródromos	Signos asociados	Exantema
Sarampión	Paramixovirus	Fiebre. Tos	S. de Koplik	Morbiliforme. Maculo papuloso confluyente
Rubeola	Togavirus	Febrícula	Adenopatías	Maculo papuloso no confluyente
Exantema súbito	Virus Herpes tipo 6-7	Fiebre tres días	¿Convulsiones? Fontanela tensa	Morbiliforme
Eritema infeccioso	Parvovirus B19	Afebril	Prurito leve	Cara en bofetón Reticular
Escarlatina	Estreptococo	Fiebre. Amigdalitis	Lengua aframbuesada S. de Pastia	Escarlatiniforme Confluyente Cara en bofetón
Mononucleosis Infecciosa	Virus Epstein-Barr	Fiebre. Amigdalitis	Poliadenopatías Esplenomegalia	Asociado a antibióticos
Enfermedad de Kawasaki	Desconocida	Fiebre > 5 días Adenopatías	Labios rojos Edema distal Conjuntivitis	Muy variado. Polimorfo. Descamación distal
Varicela	Virus Varicela Zoster	Malestar	Prurito	Mácula, pápula, vesícula, costra Distintos estadios
Enfermedad de Gianotti Crosti	Paraviral	No	Adenopatías	En cara y extremidades
Exantema pleriflexural asimétrico	Paraviral	Adenopatía regional	Levemente pruriginosas	Pápulas en axila y parte lateral del tronco
Eritema multiforme	Infecciones Fármacos	No	Ocasionalmente prurito o leve quemazón	Lesión en diana. Anillo interior pálido con centro más oscuro o necrótico
Pitiriasis rosada	Paraviral	Mancha heráldica. Lesión redonda u ovalada solitaria anular	Levemente pruriginosas	Posteriormente, aparecen pápulas eritematodescamativas de color rosado y marrón, ocasionalmente en forma de árbol de navidad

Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Madrid, Panamericana; 2018. p. 619-634.

Kock WC. Parvovirus. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, editores. Nelson Tratado de Pediatría. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España; 2016. p. 1643-7.

Toledo Pastrana T, Navarro Gastón MT. Lesiones elementales en dermatología. Fistera: Guías Clínicas. Acceso el 24 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/lesiones-elementales-en-dermatologia/#29173>.

Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Pediatr Integral. 2014; XVIII(1): 22-36.

González Hachero J, González Soria MD. Sarampión. Rubéola. En Cruz M. Editor. Cruz Tratado de pediatría. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 878-895.

Codina Puig X. Exantemas. En: De la Flor i Brú J, Bras i Marquillas J, Ridao Redondo i Redondo M, Roger Azemar M. Pediatría en Atención Primaria. Madrid. Ergon; 2018. p. 473-480.

Madrigal Díez V, Madrigal Díez C. Enfermedades Exantemáticas. En: Del Pozo Machuca J. Redondo Romero A, Gancedo García MC,

Bolívar Galiano V Editores. Tratado de Pediatría extrahospitalaria. 2ª ed. Madrid. Ergon; 2010. p. 955-72.

Pellegrini Belinchón FJ. Exantemas en la infancia. Curso de actualización en Atención Primaria. Dermatología básica en Atención Primaria. Garavís González JL editor. Madrid. IMC editores; 2007. p. 293-301.

Serrano Sanmiguel G, Rodríguez Serna M, Fortea Baixauli JM. Lesiones cutáneas elementales y exploración de la piel. En: Aliaga A editor. Dermatología. Madrid: IDEPSA; 1994. p. 11-22.

Albisu Andrade Y. Exantemas. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, Editores. Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para atención primaria. Madrid. Ergon; 2008. p. 435-42.

Fernández Fraga P, Fervenza Cortegoso C, Aracil Santos FJ. Enfermedades exantemáticas de origen infeccioso. En: Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J editores. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 1273-300.

GRUPO 1

O-001

¿ES ALERGIA TODO LO QUE PARECE?

Alfonso Carrasco, I.; García Magán, C.; Moure González, J.D.; Vázquez Donsión, M.; Manjón Herrero, A.; Varela Pájaro, C.; Pérez López, A.; Martínez Cano, L.E.; Redondo Cervantes, V. - Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Objetivos del estudio: Describir las características de los pacientes derivados a una Unidad de Alergia Pediátrica por sospecha de hipersensibilidad a antibióticos betalactámicos. **Material y métodos:** Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes derivados a la consulta de Alergia Pediátrica de nuestro centro durante el año 2021 por sospecha de reacción de hipersensibilidad a betalactámicos analizando el tipo de reacción, los tiempos de exposición y latencia, las pruebas diagnósticas realizadas y los resultados de las mismas. **Resultados:** Se recogieron un total de 65 pacientes, siendo la presentación clínica más frecuente el exantema maculo-papular de aparición tardía. Se descartó hipersensibilidad en casi 3/4 de los pacientes. El 80% de los casos confirmados fueron diagnosticados mediante prueba de exposición controlada. Estos datos son similares a los observados en estudios previos. **Conclusiones:** La sospecha de hipersensibilidad a fármacos es un motivo de derivación frecuente a las consultas de Alergia Pediátrica, siendo los antibióticos betalactámicos los más implicados, en especial la amoxicilina. Varios estudios han demostrado una sobreestimación de estas reacciones, siendo importante identificar a estos pacientes para evitar la morbilidad y resistencias bacterianas derivados de un uso incorrecto de las alternativas terapéuticas. Las pruebas diagnósticas más utilizadas son las pruebas cutáneas y las pruebas de exposición controlada. Las pruebas cutáneas pueden suponer dolor e incomodidad al paciente con un escaso rendimiento diagnóstico, por lo que los casos, con presentación cutánea leve y no inmediata, podrían beneficiarse de realizar pruebas de exposición controlada como primera opción.

O-002

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INMUNOTERAPIA ORAL EN ALÉRGICOS A LECHE Y HUEVO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Varela Pájaro, C.; García Magán, C.; Company Arciniegas, L.C.; Rivas Oural, A.; García Fernández, R.; Alfonso Carrasco, I.; Manjón Herrero, A.; Vázquez Donsión, M.; Moure González, J.D. - Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Describir las características demográficas y clínicas de pacientes que se han sometido a inmunoterapia oral (ITO) en una Unidad de Alergología Pediátrica de un hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** Se han obtenido los datos de una base de datos seudonimizada de los pacientes en los que se ha realizado ITO. **Resultados:** Se han iniciado 67

ITO a leche (75% de las ITO) y huevo (25% de las ITO). El 36% se han realizado en niñas. 2/67 se encuentran actualmente en pauta de ascenso, y en 5/65 no se logró alcanzar la dosis de mantenimiento, uno de ellos por asma no controlada y los otros 4 por abandono. La mediana de edad de inicio de ITO a leche de vaca fueron los 34 meses y la de ITO a huevo fueron los 78 meses. En 31/67 asociaban dermatitis atópica, en 10/67 asma, en 21/67 rinitis alérgica, en 18/67 coexistían otras alergias alimentarias y en 24/67 no se identificaron otras patologías alérgicas. Los principales efectos adversos que aparecieron durante el tratamiento fueron urticaria y angioedema (41%). Durante la fase de ascenso, en 28/67 fue necesaria la administración de medicación para control de síntomas, y en 3 casos fue necesaria la administración de adrenalina intramuscular por anafilaxia. **Conclusiones:** La alergia alimentaria es una patología con una prevalencia en aumento. La inmunoterapia oral a leche y huevo es una alternativa a la dieta de exclusión. En nuestra muestra, se objetiva un gran porcentaje de éxito, lo que se traduce en una mayor calidad de vida para estos pacientes.

O-003

LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Gonzalo San Esteban, A.; Calleja Ibáñez, M.; Mañaricua Arnáiz, A.; Barbadillo Mariscal, B.; Gil Calderón, F.J.; López Salas, E.; Pérez Arnáiz, L.; Luis Barrera, C.; Colazo Burlato, M.; Merino Arribas, J.M. - Hospital Universitario, Burgos, España

Anamnesis: Paciente de 5 años que consulta por un síndrome febril prolongado de predominio nocturno asociado a un exantema pruriginoso en extremidades inferiores junto con gingivostomatitis y adenopatías occipitales y retroauriculares. Posteriormente asoció un exantema facial, artralgias consistentes en rigidez matutina variables en falanges, muñecas y rodillas sin edema, calor, ni eritema así como astenia y náuseas los últimos días. **Exploración física:** Destaca un exantema facial eritematoso en alas de mariposa y región mentoniana que respeta el triángulo nasogeniano junto con un exantema máculo-eritematoso en extremidades superiores e inferiores. Asocia gingivitis, aftas en mucosa gingival y yugal, además de adenopatías subcentrímetricas rodaderas en todas las cadenas ganglionares. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea con marcadores de autoinmunidad con Hematíes: $3,68 \times 10^6$ mL, LDH: 341 UI/L, Coombs directo positivo, ANA positivo, AcAntiDNA >600 IU/mL, Complemento C3:17,5 mg/dl y C4:3,3 mg/dl. Presenta un sedimento urinario, ecografía abdominal y radiografía de tórax normales junto con estudio cardiológico y oftalmológico sin alteraciones. Se cumplen criterios EULAR/ACR 2019 de lupus eritematoso sistémico con 30 puntos, siendo necesario un criterio clínico y más de 10 puntos, por lo que se inicia corticoterapia a 2 mg/kg/día con evolución favorable permitiendo el descenso hasta 1 mg/kg/día e inicio de tratamiento de base con Hidroxicloroquina a 2,5 mg/kg/día. Se recomienda evitar exposición solar con protección con filtro mineral, dieta variada y actividad física regular. **Conclusiones:** El lupus eritematoso sistémico

es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la inflamación multiorgánica y la producción de autoanticuerpos dirigidos contra los ácidos nucleicos que debuta en el 20% de los casos en la edad pediátrica, siendo este un factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad más grave. Dado que las manifestaciones clínicas son muy variables pudiendo aparecer a lo largo de los años el conocimiento y la sospecha de esta enfermedad son imprescindibles para su correcto diagnóstico y tratamiento.

O-004

DERMATITIS ATÓPICA: NO TODO ES CUESTIÓN DE PIEL

González Rodríguez, R.M.; Benítez Fernández, I.;
Sánchez Díaz, C.; Rodríguez Torres, M.; García Matamoros, L.;
Romero Vázquez, L.; Del Solar Rico, J.; Cantos Masa, P.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

La alergia a proteína de leche de vaca (APLV) constituye la alergia alimentaria más frecuente en menores de un año. El diagnóstico de las formas no mediadas por IgE se basa en una historia clínica detallada y en la prueba de exclusión-provocación. Presentamos el caso de una paciente mujer de 2 años que como único antecedente de interés presenta dermatitis atópica de difícil control desde los primeros meses de vida, con exacerbaciones prácticamente mensuales que precisan tratamiento con antihistamínicos orales, corticoterapia tópica e incluso tratamiento oral. Se ha mantenido relativamente estable tras la introducción de inmunomodulador tópico (tacrolimus) diario durante 2 meses. Coincidiendo temporalmente con la última exacerbación, la paciente inicia un síndrome emético consistente en vómitos a diario de predominio matutino sin asociar otra clínica digestiva ni estancamiento ponderoestatural. Indagando en la historia clínica, refiere su madre relacionar estos episodios con la ingesta de leche por lo que se inicia estudio mediante analítica sanguínea (hemograma, bioquímica con perfil hepático y lipídico, estudio tiroideo, celiaco y de IgE total y específica a alimentos), con resultados dentro de la normalidad. Ante historia clínica compatible con APLV no IgE mediada se decide realizar prueba terapéutica de exclusión durante 2 semanas, con evolución muy favorable tanto de la dermatitis como de la clínica digestiva. Así, se confirma el diagnóstico de sospecha y se pauta de dieta de exclusión de leche y derivación a gastroenterología para compartir seguimiento. La asociación de dermatitis atópica y alergias alimentarias forma parte de la llamada marcha atópica, de elevada prevalencia en la edad pediátrica. La APLV puede presentarse como dermatitis atópica moderada-grave, siendo éste un motivo frecuente de consultas en pediatría. Por lo que es necesario tener en cuenta la exclusión de leche de vaca dentro del tratamiento de dermatitis atópica en paciente menor de 2 años.

O-005

INFECCIONES INUSUALES CON ESTUDIO INMUNOLÓGICO NORMAL. ¿SE DESCARTA INMUNODEFICIENCIA?

Reyes Sancho, S.; Jiménez Montero, B.; Álvarez Álvarez, C.;
Ocejo Viñals, J.G.; Díaz Fernández, P.; Méndez Sierra, A.;
Caldeiro, M.J.; Buendía, A.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Anamnesis: Lactante de 15 meses que acude a urgencias por fiebre 38,6°C sin otros síntomas. **Antecedentes personales:** Meningitis por *Streptococcus agalactiae* y sepsis grave a los 8 meses, ingreso a los 14 meses por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 con SDRA que precisó intubación y bacteriemia por *Salmonella* entérica. Como hallazgo incidental se detecta una infección activa por VHB. Realizado estudio inmunológico normal. Curva ponderoestatural normal. Padres consanguíneos de origen romaní. **Exploración física:** Normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó analítica con proteína C reactiva 3,6 mg/dl y procalcitonina 0,1 ng/ml. A las 24 h aislamiento en hemocultivo de *Listeria monocytogenes*. Recibe tratamiento con ampicilina intravenosa durante 21 días, con gentamicina 7 días, con buena evolución. Ante la actual infección junto con las previas (infecciones inusuales tanto por el germen, la presentación, edad o gravedad), se realiza estudio genético con hallazgo de variante en homocigosis en el gen MYD88 (delección p.Glu66del) con diagnóstico de inmunodeficiencia por déficit MyD88. **Conclusiones:** El déficit de MyD88 es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por una alteración en la respuesta innata y adaptativa con afectación de la transducción de señal de los receptores TLR e IL-1. Descubierta en 2008, se han descrito 24 casos. Presentan infecciones bacterianas recurrentes, especialmente invasivas, con mortalidad elevada durante la primera década de vida, mejorando el pronóstico posteriormente. Las poblaciones linfocitarias son normales y dada la afectación de la cascada de inflamación, la fiebre puede estar ausente y los reactantes de fase aguda ser normales durante las infecciones. El manejo se basa en profilaxis antibiótica y tratamiento sustitutivo con gammaglobulina durante los primeros 10 años de vida, así como antibioterapia precoz ante sospecha de infección. Se debe sospechar inmunodeficiencia primaria ante infecciones inusuales e infecciones graves. En el caso de que el estudio inmunológico sea normal, el estudio genético puede permitir el diagnóstico.

GRUPO 2

O-007

LO QUE EL COVID SE LLEVÓ. CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PRINCIPALES VIRUS RESPIRATORIOS TRAS LA PANDEMIA

Beltrán García, S.; Aviñó Llacer, A.; García Henarejos, M.;
Martínez Bayo, A.; Soler Calatayud, L.; Olmos García, J.M.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

Objetivo: Analizar la variación epidemiológica de los principales virus respiratorios tras la irrupción del SARS-CoV-2 en población pediátrica. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo, de los virus aislados mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en 4 temporadas epidemiológicas (junio 2018-mayo 2022) en un área de salud del interior de la provincia de Alicante. Se usó un panel de detección de 16 virus respiratorios y detección de PCR independiente para SARS-CoV-2. **Resultados:** Se realizaron 1.239 PCR de virus respiratorios y 15.360 PCR de SARS-CoV-2. Las 2 temporadas previas al COVID-19 los virus respiratorios manifestaban un patrón estacional similar. No se aisló VRS ni Influenza durante la temporada 2020-2021. VRS reaparición en junio de 2021 y

perduró hasta marzo de 2022. Influenza A reapareció en enero de 2022 y perdura hasta mayo de 2022. No se ha detectado Influenza B tras la pandemia. Rinovirus (julio de 2020) y adenovirus (noviembre de 2020) fueron los primeros virus en reaparecer tras la pandemia. Solo se detectaron 3 casos de SARS-CoV-2 en la primera ola (marzo-mayo de 2020). Desde el inicio de la segunda ola (junio de 2020) se han detectado casos de SARS-CoV-2 todos los meses. El resto de virus respiratorios analizados también presentaron cambios en su estacionalidad. **Conclusiones:** La llegada del SARS-CoV-2 y las medidas utilizadas para evitar su contagio hicieron disminuir de forma drástica el resto de infecciones virales. El VRS y la gripe desaparecieron durante la temporada 2020-2021, para volver en fechas atípicas y con un mayor periodo de afectación. Los picos epidémicos de estos dos virus se han producido en periodo de menor circulación de SARS-CoV-2. Desde el inicio de la pandemia se han detectado casos de COVID-19 todos los meses, siendo indicativo de que el virus circulará de forma mantenida los próximos años.

O-008

ESTACIONALIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA
¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Márquez Caballero, J.¹; Mimbrenro, V.²; López, I.¹; Sánchez De Puerta, C.¹; Ortiz, E.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Analizamos las principales variables de los pacientes con bronquiolitis que ingresan y los datos durante la pandemia. Estudio observacional descriptivo retrospectivo analizando las principales variables de la muestra durante 5 años Y comparación entre prepandemia y actual. 1.000 pacientes. No existió una diferencia significativa entre periodos, sí en uso de antibióticos (descenso del 30% ($p<0,05$) durante la pandemia. La edad media 55 días, el 45,8% mujeres, VRS (77,9%), la estancia UCI fue de 7,47 días y la hospitalaria de 12. 32,8% de los casos se emplearon corticoides, en 17% y 42,3% salbutamol y adrenalina. El tiempo de evolución de 4,71 días, 19,8% de los pacientes recibió ventilación mecánica invasiva, de media 4,26 días. El 18,3% eran prematuros y el 12,2% presentaban cardiopatía, displasia broncopulmonar o inmunodepresión. La tasa de ingreso en UCI prepandemia fue del 22,7% y actualmente del 28%. Desde 2018 hasta el inicio de la pandemia el 71,6% de los ingresos se producían en época epidémica de VRS mientras que durante la pandemia tan solo el 23,1% en estos meses. Entre finales de marzo 2020 y mayo 2021, solo hubo 2 ingreso en UCIP por esta patología, así como la epidemia experimentada durante los meses de agosto-octubre de 2021 concentrándose ahí el 60% de los ingresos del año. Verificado datos como la no diferencia sexos, el virus más frecuente VRS o empeoramiento se produce entre 3°-5° día. La pandemia provocó un descenso brusco de los casos y con ello de los pacientes graves que ingresan en UCIP por las medidas higiénicas y de aislamiento llevadas a cabo. Se demuestra el cambio de estacionalidad en los virus respiratorios causantes de bronquiolitis durante periodos de más incidencia por COVID-19, así como un adelanto de unos dos meses en el pico de incidencia, hecho importante a la hora de planificar recursos.

O-009

MUCOSITIS INDUCIDA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE
UNA NUEVA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

Martínez Bayo, Á.; García Henarejos, M.; Beltrán García, S.; Añiño Llácer, A.; Olmos García, J.M.; Pareja Marín, F.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* está asociada a distintas manifestaciones extrapulmonares, incluidas varias erupciones cutáneo-mucosas que por sus características se han clasificado clásicamente bajo el espectro del eritema multiforme (EM), el síndrome de Stevens Johnson (SSJ) y de la necrólisis tóxica epidérmica (NET). Recientemente se ha propuesto una nueva entidad, fuera del espectro EM-SSJ/NET, denominada exantema mucocutáneo inducido por *Mycoplasma* (MIRM) para aquellos pacientes en los que predomina la afectación mucosa sobre la cutánea, con menor gravedad y mejor pronóstico donde, además, se demuestra una infección por *M. pneumoniae*. Presentamos el caso de un varón de 11 años con importante afectación de mucosa oral y genital en forma de lesiones aftosas y ulceradas, de varios días de evolución. Antecedente de cuadro catarral febril 4 días antes de la aparición de las lesiones. En analítica sanguínea destacan 14.240 leucocitos con desviación izquierda, y una Proteína C reactiva de 5,6 mg/dl, sin otras alteraciones. Ante el antecedente de infección respiratoria previa al inicio de las lesiones, se realiza radiografía de tórax donde se observa un discreto infiltrado intersticial en base pulmonar derecha. En este momento se sospecha que puede tratarse de una MIRM por lo que se solicita serología frente a *M. pneumoniae* que mostró un resultado positivo para IgM e IgG. Recibió tratamiento con Ciprofloxacino oral y ante persistencia de las lesiones, gammaglobulina intravenosa (2 g/kg) con resolución completa 10 días después. Según los criterios de Canavan (2014) se puede diagnosticar a nuestro paciente de MIRM ya que, presenta afectación de dos mucosas, sin implicación cutánea y se demostró la presencia de infección por *Mycoplasma pneumoniae* mediante serología. Con este caso clínico queremos reforzar la idea de que esta entidad debería ser reconocida de forma independiente para ayudar al correcto diagnóstico y tratamiento de estos pacientes en la práctica diaria.

O-010

NIÑO SANO DE ORIGEN INMIGRANTE CON EOSINOFILIA:
¿QUÉ PODEMOS HACER?

Araujo De Castro, J.; Cervantes Hernández, E.; Álvarez, B.; Cabrera Jiménez, L.; Martínez Peñas, S.; Menasalvas Ruiz, A.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Introducción: La presencia de familias de origen inmigrante en nuestra comunidad conlleva la necesidad de atender a población pediátrica con características heterogéneas que puede no haber tenido acceso a servicios sanitarios en sus países de origen. El Protocolo de Atención al Niño Inmigrante de nuestra Región tiene entre sus objetivos el cribado de patología infecciosa importada. La eosinofilia puede ser el único signo guía en pacientes asintomáticos. **Caso clínico: Anamnesis:** Niño de 3 años que consulta por primera vez en el centro de salud. Procedente de un entorno urbano de Marruecos, residente en España desde hace 6 meses. Sin enfermedades conocidas y asintomático. **Exploración física:** Normal, incluida antropometría, con adecuado estado nutricional y cicatriz de vacunación con BCG. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se completa calendario vacunal y se solicitan

pruebas complementarias según protocolo (analítica sanguínea, serologías, mantoux y parásitos en heces). En la analítica destaca eosinofilia de 1.700/mm³ con estudio coproparasitario negativo. Resto de pruebas sin alteraciones. Su pediatra pauta tratamiento con mebendazol (2 ciclos, 100 mg separados 15 días) con persistencia de eosinofilia, por lo que remite a consultas de infectología de su hospital de referencia donde se completa estudio (serologías dirigidas, sistemático de orina, ecografía abdominal y radiografía de tórax). Serología positiva a Toxocara, resto normal. Tras descartar afectación ocular, se indicó tratamiento con albendazol.

Conclusiones: La eosinofilia en el contexto del niño migrante se relaciona con infecciones parasitarias, siendo los helmintos la causa más habitual, pudiendo encontrarse el paciente asintomático. El examen coproparasitológico con 3 muestras es el primer estudio a realizar. Estaría indicado valoración especializada si eosinofilia moderada (>1.000), procedencia de África subsahariana o eosinofilia no aclarada tras estudio inicial. En pacientes asintomáticos con eosinofilia leve y estudio inicial negativo se puede plantear tratamiento empírico con antihelmínticos.

O-011

LA ADENITIS CERVICAL: UN AMPLIO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cadenas Villegas, A.S.; Palma Conesa, M.C.; Martínez Campos, A.M.; García Peces, P.; Ureña Ruiz, P.; Martín Suárez, A.M.; Villanueva García, A.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

La adenitis cervical es un motivo de consulta frecuente, siendo en la mayoría de casos de etiología benigna (reactiva a infecciones virales). Los signos de alarma que se deben tener en cuenta son: la presencia de ulceración, la fijación a planos profundos o la asociación con sintomatología constitucional. El diagnóstico se basa principalmente en la clínica, reservando la realización de pruebas complementarias ante la no respuesta a antibioterapia o prolongación >14-21 días de la patología. Suele resolverse de forma espontánea, precisando en algunos casos de antibioterapia y en un menor porcentaje, de drenaje quirúrgico como sucede en la abscesificación. Paciente de 3 años sin antecedentes de interés, que acude derivado desde su centro de salud por persistencia de dos semanas de evolución de tumoración cervical con claros signos inflamatorios locales, sin mejoría tras antibioterapia oral y con inicio de picos febriles en las 24 horas previas. Las pruebas complementarias iniciales, tanto la analítica como la radiografía, no muestran hallazgos de interés. Se realiza ecografía cervical que muestra adenitis maxilar con abscesificación central, iniciándose antibioterapia intravenosa. Posteriormente se completa estudio con Mantoux y recogida de jugos gástricos en los que se evidencia presencia de micobacterias atípicas, decidiéndose finalmente cirugía para drenar la colección e inicio de triple terapia antibiótica con buena evolución clínica posterior. La adenitis cervical es un motivo frecuente de consulta, de manejo principalmente ambulatorio. En la mayoría de casos, se produce tras una respuesta inmune transitoria a una infección. Es necesario realizar una adecuada historia clínica y una correcta exploración física, con el fin de verificar la ausencia de hallazgos patológicos. Se recomienda el ingreso del paciente ante la no mejoría tras el inicio de pauta con antibioterapia u otros signos de alarma. Ante la presencia de un absceso extenso, se debe valorar la realización de drenaje quirúrgico.

GRUPO 3

O-013

¿CUÁL ES EL PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA NEUROFIBROMATOSIS? A PROPÓSITO DE UN CASO

Domínguez Cháfer, M.¹; Carrero Clemente, B.²; Alonso Ortega, S.¹; González Cruz, M.¹; Martínez Faci, C.¹; Del Pino García, M.¹; Miguel Heredero, A.¹; Marín Viñuales, A.¹; Figueroa Herrera, M.P.¹; Vera Ramos, G.¹.
¹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España;
²Centro de Salud de Geneto, La Laguna, Tenerife, San Cristóbal de La Laguna, España

Anamnesis: Recién nacida a término, sin incidencias perinatales. Primera consulta en Atención Primaria (AP) con 1 mes, con mancha café con leche en rodilla desde nacimiento y aparición de más manchas. Remitida a atención especializada. Con 9 meses, tras exámenes complementarios, se confirma diagnóstico de Neurofibromatosis 1 (NF1). Con 2 años se constatan gliomas de nervios ópticos, se inicia tratamiento oncológico y se detiene calendario vacunal. Con 3 años mantiene tensiones arteriales < percentil 99, diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) por estenosis bilateral arterial renal. Tras finalizar tratamiento inmunosupresor, con 5 años reinicia calendario vacunal (ahora tiene 6 años). **Antecedentes familiares:** Sin interés. Seguimiento multidisciplinar: - AP: revisiones de tensión arterial y somatometría. - Oftalmología: exoftalmos bilateral. Nódulos de Lisch. - Dermatología: manchas café con leche y neurofibroma en planta del pie derecho. - Oncohematología: tratamiento con Vilastina semanal octubre 2018 - abril 2020 por afectación oftálmica en resonancia. - Nefrología: HTA en tratamiento con labetalol, amlodipino y espironolactona. - Neuropediatría: trastorno aprendizaje. - Rehabilitación: seguimiento. - Cardiología: engrosamiento del tabique interauricular versus tumoración. - Psiquiatría: trastorno por déficit atención e hiperactividad. - Endocrino: estancamiento ponderoestatural. **Procedimientos diagnósticos:** - Estudio genético: mutación heterocigota gen NF1. - Resonancias magnéticas: ensanchamiento espacio subaracnoideo con quiste aracnoideo. Gliomas nervios ópticos. Áreas hamartomatosas ganglios de la base y pedúnculos cerebrales. - Angiorresonancia magnética: displasia fibromuscular con estenosis arterial renal bilateral. **Conclusiones:** - El rol del pediatra de AP es sospechar esta enfermedad ante la aparición de la clínica típica (90% manchas café con leche al nacimiento) y derivar al paciente a especialidades para seguimiento, diagnóstico y manejo. - Revisiones para detectar complicaciones: antropometría, desarrollo psicomotor, presión arterial, aparición de neurofibromas y progresión, agudeza visual... - Adecuar el calendario vacunal del paciente oncológico dependiendo de la enfermedad de base, los tratamientos aplicados y el estado inmunológico.

O-014

TUMORES CEREBRALES EN LA INFANCIA ¿CÓMO DAN LA CARA? ¿RECONOCEMOS SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS?

Llorente Llorente, B.¹; García Barbero, E.¹; Herráiz Cristóbal, R.¹; Espinoza Paesle, A.¹; Gutiérrez Valcubede, C.¹; Romano, A.¹; Llorente De Santiago, L.²; Martín Alonso, P.³.
¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;
²Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España;
³Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao, España

Objeto: Los tumores cerebrales constituyen el tumor sólido infantil más frecuente. Nuestro objetivo fue estudiar los síntomas de alarma y alteraciones físicas al debut que nos permitan el diagnóstico precoz. **Material y métodos:** Revisión de pacientes diagnosticados de tumor cerebral en un hospital de tercer nivel durante 7 años (2014-2020). **Resultados:** Presentamos 23 pacientes, con 8 tumores diferentes, siendo el más frecuente el astrocitoma pilocítico (43%, N=10), seguido del meduloblastoma (21%, N=5) y del glioma difuso del troncoencéfalo (13%, N=3). El sexo predominante fue el masculino (57%, N=13). La edad media fue de 6,4 años, aunque estratificando observamos una edad menor (4 años) en los astrocitomas pilocíticos frente a 8 años en los meduloblastomas. El síntoma de debut más frecuente fue la cefalea (34%), seguida por alteraciones oculares o motoras (17% ambas) y convulsión afebril en un 9%. Un 17% asociaba dos de estos síntomas y sólo dos pacientes presentaban tres simultáneamente. Un 87% de las cefaleas, asociaban signos de alarma, destacando localización occipital, evolución progresiva y vómitos persistentes. Entre las alteraciones motoras (10 pacientes) destacan torpeza motora, alteraciones de la marcha y temblor. En las alteraciones visuales referidas por 12 pacientes encontramos diplopía, nistagmus y pérdida de agudeza visual. Se identificó edema de papila en 4 pacientes (33%). Otros síntomas fueron incontinencia urinaria, cambios anímicos y tensión arterial alta. Respecto a la exploración física, destaca un triángulo de evaluación pediátrica inestable en sólo dos pacientes (estado postcrítico tras convulsión). La exploración neurológica se encontraba alterada en un 91%, siendo la más frecuente la marcha inestable, (exacerbada en el tándem), nistagmo y dismetría. **Conclusiones:** El debut de los tumores cerebrales suele cursar con signos y síntomas de alarma tanto en la historia como en la exploración física, que nos permiten una sospecha precoz con su consecuente actuación.

O-015

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN TESTICULAR. MÁS ALLÁ DE TRAUMATISMOS Y ORQUIEPIIDIDIMITIS

De Peralta Alonso, M.G.; Acero Cerro, C.V.; Bonilla, S.; Velázquez González, M.; Mora Matilla, M.; Moreno, M.L.; Retamar, M.D.; Vagace, J.M.

Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Objeto del trabajo: La patología testicular aguda pediátrica supone un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y en los servicios de Urgencias pediátricas, siendo la orquiepididimitis aguda, la torsión testicular y la torsión de apéndices testiculares, sus causas más frecuentes. Sin embargo, estas patologías, en muchas ocasiones banales, pueden ser la forma de presentación de tumores testiculares en niños. **Material y métodos:** Presentamos a continuación cinco casos de tumor testicular pediátrico maligno, siendo el dolor testicular agudo el motivo de consulta inicial en tres y bultoma testicular de aparición súbita en los otros dos. **Resultados:** El diagnóstico histológico definitivo fue de rabdomiosarcoma embrionario en dos casos, recaída testicular de leucemia linfoblástica aguda en otros dos y tumor de estroma-cordones sexuales en otro de ellos. Todos fueron sometidos a orquiectomía, tratamiento con quimioterapia y trasplante de progenitores hematopoyéticos. **Conclusiones:** El cáncer testicular es el tumor más frecuente en adultos entre 15 y 35 años, siendo raro su diagnóstico en la

infancia, suponen un 2% de los tumores sólidos. Destacamos la importancia de la anamnesis y exploración física minuciosa para realizar un correcto diagnóstico diferencial de la patología testicular aguda y poder identificar aquellos casos sugestivos de malignidad para favorecer un abordaje multidisciplinar y tratamiento precoz.

O-016

DE COCCIGODINIA A EPENDIMOMA. TODA PATOLOGÍA CRÓNICA EN PEDIATRÍA REQUIERE ESTUDIOS DE TERCER NIVEL

Polo Moreno, J.; Lechón Caballero, M.C.; Torres Díaz, M.; Melitón Carrasco, J.A.; Panduro Romero, L.; Roco Rosa, M.; De Peralta Alonso, M.G.; Velázquez González, M.; Acero Cerro, C.V.; Robles Febrer, S.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Anamnesis: Paciente (mujer) de 10 años de edad que consulta en Atención Primaria por coccigodinia de 6 meses de evolución, habiendo ya consultado en Urgencias con Rx que no muestra alteraciones. No refiere traumatismo. No lo relaciona con el ejercicio o con una postura determinada. El dolor la ha llegado a despertar por la noche y asocia dificultad para iniciar la micción. **Exploración clínica:** No dolor a nivel sacroilíaco ni isquion. No dolor con compresión lateral ni anteroposterior pélvica. No dolor lumbar. Dolor a punta de dedo sobre punta de cóccix. No signos inflamatorios externos. No disimetría. Abducción de caderas normal y perfil rotacional adecuado. No insuficiencia glútea. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía, la cual es normal y se deriva a Traumatología, desde donde solicitan RNM de la región lumbar en la cual se describe una lesión tumoral intrarraquídea en sacro. Con esos hallazgos se deriva al Hospital Materno-Infantil de Badajoz donde es valorada por Neurocirugía, Oncología Infantil y Cirugía Pediátrica, completando estudio y descartando lesiones a otros niveles. Se programa intervención quirúrgica, realizándose una laminectomía sacra y exéresis de la masa, con análisis anatomopatológico de ependimoma. La evolución es excelente, con recuperación posterior completa. **Conclusiones:** La coccigodinia representa un pequeño porcentaje de las consultas no traumáticas de espalda, y es aún menos frecuente en pediatría. Ante la poca frecuencia de coccigodinia crónica en pediatría, todo cuadro de duración mayor a 2 meses nos obligara estudios de tercer nivel (RNM). El ependimoma es el tercer tumor más frecuente del sistema nervioso central en el paciente pediátrico, siendo la médula espinal, su localización más infrecuente. La resección completa del tumor constituye la primera opción de tratamiento y puede ser curativa, aunque es frecuente la recidiva en el paciente pediátrico.

O-017

¿CÓMO Y DÓNDE SE DIAGNOSTICAN LOS TUMORES CEREBRALES INFANTILES? ¿RETRASAMOS SU DIAGNÓSTICO?

Llorente Llorente, B.; Rodríguez Del Rosario, S.; Morales, L.; Gutiérrez Zamorano, M.; González García, H.
Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Objeto: Los tumores cerebrales pueden cursar con síntomas muy variados, inespecíficos, coincidentes con otras patologías. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas de estos

pacientes, su diagnóstico y el retraso hasta el mismo. **Material y métodos:** Revisión de pacientes con tumor cerebral que han precisado asistencia sanitaria en un hospital de tercer nivel en un periodo de 7 años (2014-2020). **Resultados:** Obtuvimos una muestra de 23 pacientes, con un total de 8 tumores diferentes. El tiempo hasta la primera consulta fue muy variable, desde horas (debut con crisis comicial en 2 pacientes) a meses, siendo la mediana 1 mes (Rango Intercuartílico: 2 semanas-3 meses). Se llegó al diagnóstico de tumor cerebral en un 30% de esas primeras consultas, siendo el resto diagnosticados de cefalea, ataxia, gastroenteritis o alteraciones visuales. Un 30% (n=7) fueron diagnosticados en Urgencias tras ser derivados desde Atención Primaria. Un 35% de los pacientes reconsultaron, hasta un máximo de 3 veces (tanto en atención Primaria como en Urgencias). El lugar de diagnóstico fue un 52% en Urgencias, un 39% en ingresados y un 9% de manera ambulatoria. La prueba complementaria diagnóstica fue primordialmente la tomografía computerizada (65%, n=15), seguida de resonancia cerebral (35%, n=8). Un 65% de los pacientes presentaba hidrocefalia, que fue tratada con drenaje ventricular en un 71% (n=10), corticoterapia (21%, n=3) y acetazolamida (7%, n=1). El tiempo hasta la intervención neuroquirúrgica presenta una media de 4,5+/-2 días. En 3 de los pacientes no fue posible realizar la neurocirugía, por localización del tumor y alto grado de malignidad sugestivo en pruebas de imagen. **Conclusiones:** Las manifestaciones inespecíficas de los tumores cerebrales dificultan su diagnóstico precoz. Es imprescindible conocer los signos de alarma y ante su presencia realizar las pruebas complementarias necesarias para filiar su etiología.

O-018

CRIBADO NEONATAL DE HEMOGLOBINOPATÍAS

Pablos López, A.¹; Hernández Pinchete, S.¹; Muñoz Boyero, A.C.²; Marco Sánchez, J.M.³; Sánchez Magdaleno, M.⁴; Martín López-Pardo, B.M.¹; González Prieto, A.¹; Riesco Riesco, S.¹; Mendoza Sánchez, M.C.¹.

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

²Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, Valladolid, España; ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España;

⁴Hospital Comarcal, Medina del Campo, España

Objeto del trabajo: La anemia falciforme o drepanocitosis es la hemoglobinopatía estructural más frecuente. En su forma homocigota puede cursar con anemia hemolítica crónica, infecciones bacterianas graves y accidentes vasooclusivos. El objetivo de nuestro estudio es determinar la incidencia de hemoglobinopatía S, C, D, E u otra cadena de hemoglobina anómala en todo recién nacido en nuestra comunidad autónoma desde la inclusión de esta enfermedad en el programa de cribado neonatal. **Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes nacidos en nuestra comunidad desde el 12 de julio de 2017 al 31 de diciembre de 2021 con cribado neonatal positivo para hemoglobinopatías. La muestra de sangre se obtuvo de la prueba del talón y su análisis se realizó por cromatografía líquida. Para el estudio se recogieron características demográficas como el sexo del paciente, lugar de origen de los progenitores y hospital de nacimiento, así como el fenotipo encontrado. **Resultados:** Se incluyeron 62.175 recién nacidos, de los cuales 312 tuvieron un resultado positivo en el cribado neonatal para drepanocitosis y otras hemoglobi-

nopatías. El 52,9% de los pacientes fueron varones. El fenotipo predominante fue FAS (63,1%), seguido de FAC (18,9%), FAX (9%), FAD (3,5%), FAE y FAXX (1,9%), FS (1%), FC y F (0,3%). Cinco de los recién nacidos eran enfermos: tres homocigotos para drepanocitosis (incidencia 1/20.725), un homocigoto para hemoglobinopatía C y uno para talasemia mayor, siendo el resto portadores. Los padres portadores procedían de hasta 38 países diferentes, mayoritariamente de África y de América del Sur. **Conclusiones:** La inclusión de la anemia falciforme en el programa de cribado neonatal ha supuesto la detección precoz de pacientes con drepanocitosis homocigotas y otras hemoglobinopatías graves, que pueden beneficiarse de la instauración de un tratamiento y seguimiento estrecho precoces, con la consecuente disminución de la morbi-mortalidad de esta enfermedad.

GRUPO 4

O-019

ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA EN LA ESCUELA: ¿ADRENALINA INTRAMUSCULAR O INTRANASAL? SIMULACIÓN CON FUTUROS DOCENTES

Carballo Fazanes, A.¹; Abelaíras Gómez, C.¹; Gómez Silva, G.²; Rodríguez Núñez, A.².

¹Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España;

²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Introducción y objetivo: La anafilaxia es una reacción brusca y potencialmente grave que puede ocurrir en cualquier momento y lugar. Las causadas por alimentos pueden ocurrir en el comedor escolar, por lo que los docentes deberían detectarlas y saber cómo actuar. Sin embargo, suelen carecer de conocimientos, habilidades y actitudes positivas hacia el uso de los autoinyectores de adrenalina. Recientemente se ha puesto en el mercado una nueva formulación de adrenalina, de administración intranasal, que podría facilitar el tratamiento por personal lego. Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el efecto de una formación breve mediante simulación sobre el tratamiento de una reacción anafiláctica en estudiantes del grado de Educación Primaria. **Material y métodos:** 23 futuros docentes (78% mujeres; edad 19,5±3,5 años) participaron voluntariamente en el estudio. Tras recibir una formación de 30 minutos sobre el origen, síntomas y tratamiento de una reacción anafiláctica, resolvieron dos situaciones simuladas: 1) eligiendo el método de tratamiento: atomizador de adrenalina (vía intranasal) o autoinyector (vía intramuscular) y 2) utilizando el otro método, para evaluar en ambos casos el manejo de los dispositivos. **Resultados y conclusión:** Inicialmente el 30,4% de participantes eligieron el atomizador intranasal como primera opción de tratamiento. Tras utilizar ambos dispositivos, ninguno de los que utilizaron el atomizador cambiarían su elección en caso de tener que utilizarlo nuevamente, mientras que el 43,8% de los que seleccionaron el autoinyector cambiarían al atomizador. La tasa de éxito con el atomizador fue de 84,1±31,6%, tardando 83,4±36,7 segundos en resolver la situación, y de 77,0±17,1% con el autoinyector (p=0,176) empleando 105,5±70,1 segundos (p=0,022). En conclusión, tras una formación breve, los futuros maestros podrían resolver adecuadamente una reacción anafiláctica con ambos dispositivos. El atomizador intranasal puede ser una alternativa bien aceptada por las personas legas, teniendo en cuenta su sencillez y rapidez de uso.

O-020

DESA-CUBE: UN RECURSO DIDÁCTICO INTERACTIVO PARA QUE LOS/AS ESCOLARES APRENDAN A UTILIZAR EL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

Carballo Fazanes, A.¹; Varela Casal, C.²; Martínez Isasi, S.¹; Abelairas Gómez, C.¹; Domínguez Ortigueira, M.²; Rodríguez Núñez, A.³.

¹Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España;

²Universidade de Vigo, Pontevedra, España; ³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Introducción y objetivo: La supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria depende principalmente del seguimiento eficaz de la cadena de supervivencia, siendo prioritarias la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la desfibrilación precoz. Los escolares son una población diana en la que se debe centrar la formación en soporte vital básico, en la que el uso del desfibrilador semiautomático (DESA) sea uno de los objetivos claves. Sin embargo, la metodología y el material de formación específico para la formación de escolares es limitado. Por tanto, el objetivo de este estudio fue desarrollar el “DESA-CUBE”, un material didáctico adaptado a niños/as de entre 6-12 años. **Material y métodos:** El DESA-CUBE es un cubo de 7 cm de lado, compuesto por ocho cubos de 3,5 cm que funcionan conjuntamente como un rompecabezas mecánico tridimensional. Cada una de las caras incluye una imagen gráfica acompañada de un número para que se manipule siguiendo la secuencia numérica resultando en una sucesión de imágenes en bucle o circular. Las escenas incluidas en las caras son: 1-Personaje “Rescatador” descubre el pecho de la víctima; 2-Rescatador enciende el DESA; 3-Rescatador coloca los parches en el pecho de la víctima; 4-Rescatador se asegura de que nadie toca a la víctima mientras el DESA analiza el ritmo cardíaco; 5-el DESA recomienda dar una descarga y Rescatador pulsa el botón de descarga; 6-Rescatador reinicia inmediatamente las compresiones torácicas. **Resultados y conclusión:** Consideramos que el DESA-CUBE, dada su sencillez y que permite una manipulación directa e interactiva del niño/a, le resultará atractivo y facilitará el aprendizaje de los pasos a seguir para utilizar el DESA de forma segura y eficaz. Por tanto, el DESA-CUBE podría ser una herramienta educativa útil para la enseñanza de soporte vital básico a los escolares.

O-021

EXPERIENCIA EN EL USO DE TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

López Allúe, L.¹; Bachiller Luque, R.²; Melero Guijarro, L.³; Morales Albertos, L.¹; Gutiérrez Valcuende, C.¹; De Felipe Pérez, M.¹; Morales Moreno, A.J.¹; Robles De La Osa, D.³.

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;

²Centro de Salud Pilarica Circular, Valladolid, España;

³Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España

Objeto del trabajo: Los Test de Diagnóstico Rápido (TDR) son métodos sencillos y eficientes que permiten pasar del empirismo diagnóstico habitual de la Atención Primaria (AP) al microbiológico. Un TDR de virus respiratorios permite enfocar la etiología, conocer la epidemiología, evitar pruebas complementarias y optimizar tratamientos. El objetivo de este estudio es describir los resultados del uso de estos TDR en una pobla-

ción pediátrica de AP. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo realizado en siete centros de Salud del Área Este de Valladolid durante los meses enero a mayo del 2022. Se ofertó desde la Gerencia de AP un combo de TDR de virus respiratorios (JustCHEK de TECYL para detección de Adenovirus, Virus Respiratorio Sincitial (VRS), Gripe A y B). Se combinó en un 47% con test de ABBOT para detección de COVID-19 por coincidir con la pandemia actual. **Resultados:** Se realizaron un total de 143 TDR virus respiratorios. El 45% fueron positivos y de ellos el 89% presentaron positividad en Gripe A, mientras que VRS y Adenovirus solo se objetivaron en el 5 y 6% respectivamente. Los meses de marzo y abril se ejecutaron significativamente más TDR de virus (80% de las pruebas). Se empleó tratamiento antibiótico en 3% de los casos a pesar de TDR positivo. En el 47% de los casos se realizó un TDR para detección de SARS-COV-2 no detectando ningún caso de infección. **Conclusiones:** 1. El uso de TDR de virus respiratorios demuestra que en el 45% de los casos, una sospecha diagnóstica de infección respiratoria aguda es positiva, permitiendo la posibilidad de evitar tratamientos o implantar el uso de antivirales en caso de riesgos. 2. No se detectaron coinfecciones con SARS COV-2.

O-022

“DOCTORA, MI HIJO TIENE MANCHAS CAFÉ CON LECHE”

Roda Martínez, N.; López Nieves, M.J.; Plaza Almeida, J.; Atienzar Gallego, R.; Vicent Rozas, M.; González Amo, M.L.; Tercero Baidez, P.

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

Anamnesis: Lactante varón de 8 meses sin antecedentes personales de interés es traído a consulta de Atención Primaria por aparición de manchas café con leche. No otra sintomatología. No antecedentes familiares de neurofibromatosis, sí refieren que dos familiares presentan algunas manchas café con leche. **Exploración física:** Buen estado general. No exantemas ni petequias. Se observan 6 manchas café con leche de más de 5 mm localizadas en región dorsal, cervical derecha y en glúteo izquierdo. No otros hallazgos. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza interconsulta a Dermatología, Oftalmología, Neuropediatría y se solicita estudio genético. En la consulta de Dermatología (17 meses) se observan 7 manchas café con leche, todas superiores a 5 mm, 3 de ellas localizadas en región dorsal, una a nivel cervical derecho, en glúteo izquierdo y en dorso de ambos pies, sin presentar signo de Crowe. Se realiza exploración oftalmológica (2 años) que resulta normal. En estudio genético realizado, no se identifican variantes de interés ni deleciones/duplicaciones en el gen NF1 asociadas a neurofibromatosis tipo 1. Valorado en Neuropediatría (2 años) con exploración normal, sin cumplir criterios para neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Actualmente el paciente tiene 3 años de edad y está en seguimiento por Dermatología, Oftalmología y Neuropediatría, sin cumplir criterios para diagnóstico de NF1. Ha presentado aumento de número de manchas café con leche y aparición de máculas puntiformes en el interior de algunas de ellas. **Conclusiones:** La NF1 es el síndrome neurocutáneo más frecuente, con herencia autosómica dominante, aunque la mitad de los casos son esporádicos y carecen de antecedentes familiares. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo las manchas café con leche casi siempre el primer signo visible, pero el desarrollo cronológico de los criterios diagnósticos dificulta el

diagnóstico en los niños pequeños, por ello es imprescindible el seguimiento de estos pacientes.

O-023

DIAGNÓSTICO DE UN RETINOBLASTOMA A PROPÓSITO DE UNA CAÍDA

Galley Martín, C.P.; Castillo Benet, C.; Sebastián Barberán, V.
Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Introducción: El retinoblastoma representa el tumor intraocular más frecuente en pediatría con una incidencia del 11%, su detección precoz representa un desafío desde atención primaria. **Caso clínico: Anamnesis:** Lactante de 8 meses sin antecedentes personales y exámenes de salud normales, acude a su centro de salud de urgencia por caída desde la trona, exploración clínica y neurológica normal y se remite a domicilio. Acude de nuevo tras detectarse un hematoma temporo-parietal con exploración neurológica normal y remitiéndose al servicio de urgencias del hospital. Tras su valoración se realizan las siguientes exploraciones complementarias: Radiografía craneal: se visualiza una fractura parietal, solicitando un TC (Tomografía Computarizada) en la que se objetivó una imagen hiperdensa en el globo ocular izquierdo, motivo por el cual se solicitó valoración por oftalmología y se observa una lesión compatible con retinoblastoma derivándose al hospital terciario de referencia. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras la realización de exploración ocular bajo sedación, Resonancias Magnéticas oculares y Potenciales Evocados Visuales, consejo genético y valoración de tratamiento con quimioterapia intraarterial, se decide tratamiento con quimioterapia sistémica (Vincristina y Carboplatino). Presentó muy buena respuesta hasta el 5º ciclo, tras el cual presentó recidiva y crecimiento del tumor, así como reacciones adversas a la quimioterapia, lo que motivó la enucleación como tratamiento definitivo. A día de hoy la paciente se encuentra asintomática y bajo revisiones periódicas por oftalmología. **Conclusión:** Este caso permite enfatizar la importancia de la búsqueda activa desde atención primaria de múltiples signos y síntomas en la revisión del niño sano para descartar enfermedades graves cuya detección precoz marca de forma distintiva el pronóstico. Aplicado a este caso, sería la búsqueda exhaustiva de la leucocoria mediante el reflejo pupilar (presente en el 60% de los retinoblastomas), alteración de la agudeza visual y estrabismo persistente.

O-024

ESCUELA DE PADRES DE NIÑOS DEPENDIENTES DE TECNOLOGÍA (ESPANDETE): UNA HERRAMIENTA PARA FACILITAR EL APRENDIZAJE DE LOS CUIDADORES

Mazaira López, X.¹; Gómez Silva, G.²; Agra Tuñas, C.²; Delgado García, A.¹; Mondragón Vicente, R.¹; Santos Miranda, E.³;
Izquierdo Vázquez, V.³; Rodríguez Núñez, A.².

¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Sección de Pediatría Crítica, Cuidados Intermedios y Paliativos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario de Santiago; Grupos de Investigación SICRUS (Simulación, Soporte Vital y Cuidados Intensivos). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España; ³Grupos de Investigación SICRUS (Simulación, Soporte Vital y Cuidados Intensivos). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España

Objetivo: Los niños con patología crónica y compleja frecuentemente son dependientes de tecnología, cuyo manejo y cuidados requieren una implicación y formación específica de padres y otros cuidadores domiciliarios. Los pediatras de atención primaria, cuando participan en la transición al domicilio de estos pacientes, también pueden precisar información sobre los cuidados individuales que necesita cada niño. Describir el proceso de creación de una escuela de padres de niños dependientes de tecnología (EsPaNDeTe) crónicos y paliativos pediátricos y dar a conocer los primeros recursos generados, tanto a pacientes, su familia y los profesionales que los atienden. **Material y Métodos:** EsPaNDeTe surge del trabajo de profesionales sanitarios (pediatra, enfermera y psicóloga) y padres. 1ª fase: recogida de las necesidades de los progenitores en la atención de sus hijos. 2ª fase: revisión bibliográfica por los profesionales, de protocolos de manejo de dispositivos domiciliarios. Redacción del guion de los vídeos en base a estos. 3ª fase: grabación en un domicilio real, donde los padres realizan y explican los cuidados. 3ª fase: seguimiento tras el arranque del programa (de padres y profesionales). **Resultado:** Los beneficios principales relatados por las familias son: minimización del impacto emocional tras el alta, accesibilidad inmediata, resolución de dudas y autonomía (traducida en mayor calidad de vida y bienestar psicológico). Los beneficios descritos por los profesionales son: identificación de las capacidades de las familias, empoderamiento de estas, detección de sus necesidades, resolución de dudas habituales y humanización en los cuidados de estos niños. **Conclusiones:** La escuela de padres EsPaNDeTe es una herramienta beneficiosa para los niños, mejorando su cuidado, y sus padres, quienes adquieren seguridad y autonomía, al tiempo que pueden contribuir animando y formando a otros en su misma situación. También es útil para los profesionales, ya que la complejidad de estos pacientes requiere una formación inhabitual en los pediatras.

GRUPO 5

O-025

AUTOLESIONES EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN DE CASOS

Urbaneja Rodríguez, E.¹; García De Ribera, M.C.¹;
Sorge, F.¹; Dulce Lafuente, E.M.².

¹Centro de Salud Aranda Norte, Aranda de Duero (Burgos), España;

²Centro de Salud Aranda Sur, Aranda de Duero, España

Introducción y objetivos: Las autolesiones son los daños físicos que realiza una persona sobre su cuerpo, de forma intencionada, sin tener como objetivo la muerte. Desde la pandemia por SARS-COV-2 han aumentado en niños y adolescentes, suponiendo un problema de salud pública. Presentamos los casos diagnosticados en nuestro medio para poder mejorar su reconocimiento y manejo. **Material y método:** Revisión descriptiva retrospectiva de los casos de autolesiones diagnosticados en consultas de Pediatría de 2 centros de salud en el último año y medio. **Resultados:** Se recogieron un total de 11 casos de autolesiones, ocurriendo un 82% (9) en mujeres. La mediana de edad fue de 13 años (rango 10-14). Las lesiones más frecuentemente encontradas fueron: Laceraciones (4), hematomas (3), quemaduras (2), mordeduras (1) y patrón mixto (1), con localización predominante en miembros superiores en 91% (10), presentándose todas ellas de forma asimétrica. Los pacientes negaron la autoría de las lesiones en

un 64% (7) de los casos. Como antecedentes a destacar un 55% (6) refirió problemas en ámbito escolar (4 bullying y 2 fracasos escolares) y un 36% (4) problemas en ámbito familiar (3 separaciones de padres y 1 problema con hermanos). Se derivaron a Psiquiatría Infantil todos los casos y en un 55% (6) se inició terapia farmacológica. En el seguimiento aparecieron trastornos de la conducta alimentaria en un 45% (5) y en un 18% (2) nuevas autolesiones. En ningún caso se detectaron conductas suicidas. **Conclusiones:** Como se demuestra en nuestra serie, las autolesiones en Pediatría constituyen una patología emergente, siendo más frecuentes en adolescentes de sexo femenino, ocurriendo sobre todo en miembros superiores y asociando en la mayoría de casos problemas escolares/familiares sobre los que habrá que intervenir. Destacamos también su relación posterior con trastornos de la conducta alimentaria, como punto a tener en cuenta en el seguimiento de los pacientes con autolesiones.

O-026

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA POINT OF CARE TESTING EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Flores, B.; Gómez, J.; López, Ó.M.; Cantos, P.; Íñigo, J.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: La acumulación de pacientes en el área de urgencias y la prolongación de los tiempos de espera para ser atendidos tiene un impacto directo en la calidad de la asistencia. **Objetivos:** Mejorar la capacidad de resolución de los pacientes pediátricos mediante el desarrollo e implementación de un Sistema Point Of Care Testing (POCT). **Métodos:** - Estudio prospectivo aleatorizado por bloques con dos grupos: A (procesamiento de analítica mediante método POCT) y B (procesamiento de analítica en laboratorio). - Criterios de inclusión: Menores de 16 años con probabilidad de alta a domicilio que requieran la realización de pruebas de laboratorio. - Entrega de encuesta de satisfacción para padres. **Resultados:** 1. Se incluyeron 206 pacientes, con una edad media en el subgrupo de menores de 2 años de 12,5 meses y de 6,9 años en el de mayores de 2 años. 2. El motivo más común de consulta fue la fiebre (59%). 3. En menores de 2 años, hay una diferencia de 1 hora de tiempo de resultado de pruebas complementarias entre el grupo A y el grupo B, que se traduce a una reducción del tiempo de espera en la urgencia de 1 hora y 1 minutos, mientras que en el grupo de mayores de 2 años, la diferencia es de 1 hora y 10 minutos y de 2 horas, respectivamente. 4. El 10% de encuestados respondieron que estaban poco satisfechos con su atención en urgencias, de los cuales, el 80% pertenecían al grupo B del estudio. **Conclusiones:** 1. La utilización de un sistema POCT parece reducir el tiempo de estancia hospitalaria en aquellos pacientes que precisan pruebas complementarias con probabilidad de alta domiciliaria. 2. La aplicación de este sistema sería de gran utilidad en centros de atención primaria permitiendo al clínico la resolución de un gran porcentaje de consultas sin precisar la derivación hospitalaria.

O-027

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA TRIDECAVALENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Cabrera Cascajero, P.; Medina García, E.; Villanueva Guerra, A.G.; Gaitero Pérez, A.; Ramos Amador, J.T.; Joyanes Abancens, B.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Anamnesis: Lactante de 20 meses sin antecedentes relevantes. Vacunada según país de origen (Islandia), incluyendo vacuna antineumocócica conjugada decavalente sin incidencias. Presenta fiebre de 48 horas de evolución, coincidente con llegada a España, que progresa a mal estado general, decaimiento, vómitos y alteración de la marcha. A pesar de tratamiento con cefotaxima en hospital local, no se objetiva mejoría clínica. Remitida a Unidad de Cuidados Intensivos, sospechándose meningoencefalitis con shock séptico asociado. **Exploración física:** Triángulo de evaluación pediátrica inestable. Signos vitales compatibles con hipertensión intracraneal. Palidez cutánea. Normoperfundida. Auscultación normal. Hepatomegalia. No signos de irritación peritoneal. Nula respuesta a estímulos. Posición de decorticación y anisocoria derecha hiporreactiva. **Procedimientos diagnósticos:** - Analítica sanguínea: leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda (Proteína C Reactiva de 162 mg/dl y Procalcitonina de 34 ng/ml). - Tomografía axial computerizada craneal: encefalitis hipóxico-isquémica. - Líquido cefalorraquídeo (LCR) compatible con meningitis bacteriana. - Prueba molecular LCR: *Streptococcus pneumoniae* y Enterovirus-B. - Hemocultivo y cultivo LCR: *Streptococcus pneumoniae*. Serotipo 19A. Multirresistente (Concentración Mínima Inhibitoria: Penicilina 4 y Cefotaxima 6 microgramos/ml). - Electroencefalograma y ecografía-Doppler: muerte cerebral. - Estudio inmunoglobulinas normal. Estudio de complemento: hipocomplementemia C4. **Procedimientos terapéuticos:** A pesar de estabilización hemodinámica y tratamiento con vancomicina, meropenem, aciclovir y dexametasona así como tratamiento de la hipertensión intracraneal, existe progresión fulminante, confirmando muerte encefálica en menos de 24 horas desde el ingreso. **Conclusiones:** La meningitis producida por neumococo tiene una alta morbimortalidad en la infancia. La medida de prevención más eficaz es la vacunación antineumocócica conjugada, con la máxima cobertura de serotipos. En numerosos países no se incluyen serotipos que se asocian a cuadros graves de meningoencefalitis y resistencia a penicilina como el serotipo 19A. Es importante resaltar la necesidad de vacunación tridecavalente en estos niños a su llegada a España. Asimismo, resulta relevante descartar inmunodeficiencias primarias en infecciones por neumococo fulminantes.

O-028

TODO ENCAJA: TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL

Pérez Benito, M.; Ortiz Cantero, E.; González Acedo, I.; Parra Arribas, N. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Varón de 14 años con antecedente de hipertensión pulmonar severa en situación de Eisenmenger que presenta edema y dolor en antebrazo derecho de cinco días de evolución, sin fiebre. Dos semanas antes del inicio de la clínica había portado dos catéteres venosos periféricos en ese brazo. **Exploración física:** Edema y eritema en región anterior del antebrazo, desde fosa cubital, pasando por zona radial hasta llegar a cara dorsal de la mano, coincidiendo con las zonas donde había portado los dos catéteres: uno en fosa cubital y otro en cara dorsal de mano. Tres centímetros por debajo de la fosa cubital se objetiva zona empastada, dolorosa, y se palpa cordón venoso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la analítica sanguínea destaca elevación de fibrinógeno y dímero D, con Proteína C reactiva normal. En la ecografía-doppler se aprecia trombosis del sis-

tema venoso superficial en cara interna del brazo y antebrazo parcialmente recanalizada en el recorrido de las venas basilica y cefálica, sin signos de trombosis venosa profunda. Ante los hallazgos, se inicia tratamiento antibiótico oral, antiinflamatorio y medidas de compresión. **Conclusiones:** Cuando se produce la inflamación de una vena con formación de trombosis de forma secundaria se conoce como tromboflebitis. Puede generarse en el sistema venoso superficial o profundo. Nuestro paciente presenta el factor de riesgo más importante en la aparición de la tromboflebitis: haber sido portador de un catéter venoso. Por otro lado, su antecedente personal también se ve implicado en el proceso. En las tromboflebitis superficiales, el *Staphylococcus aureus* es el microorganismo más frecuente. Para el diagnóstico, resultan de ayuda la analítica sanguínea con reactantes de fase aguda y la ecografía-doppler del vaso. El tratamiento de la tromboflebitis superficial es conservador, con antiinflamatorios, elevación y compresión de la extremidad y aplicación de frío y calor. La evolución suele ser favorable.

O-029

EVALUACIÓN DEL PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN TENERIFE

Seoane Cea, A.¹; Dominguez Chafer, M.²; Sánchez Almeida, E.³; Alonso Ortega, S.²; Navarro Main, L.²; Figueroa Herrera, M.P.²; Miguel Heredero, A.²; Vera Ramos, G.²; Marín Viñuales, A.².

¹CS San Benito La Laguna, La Laguna, Tenerife, España; ²HUC, La Laguna, Tenerife, España; ³CS La Guancha, La Laguna, Tenerife, España

Objeto del trabajo: Numerosos residentes no eligen Atención Primaria (AP) como principal salida laboral. Las jubilaciones masivas de los próximos años hacen replantearnos la situación. **Material y métodos:** - Analizamos las salidas laborales elegidas por los 50 recién pediatras de Tenerife en los últimos 5 años (2017-2021) de ambos Hospitales. - Analizamos los datos obtenidos de encuestas realizadas a los actuales residentes tras una charla sobre AP. Evitando posibles sesgos se encuesta también a los ausentes. **Resultados:** Hay un claro predominio hacia la elección en Atención Hospitalaria (AH) en el último lustro en ambos hospitales (56% y 68%) frente al trabajo en AP (32% y 24%). La tendencia es observar pobres porcentajes en AP la mayoría de los años (2017: 30%, 2018:0%, 2019:20%, 2021:30%), superando únicamente a la elección hospitalaria en favor de AP el año 2020 (60%). A la charla (modalidad mixta) asisten casi la mitad de residentes actuales. El 100% respondió que habían aumentado sus conocimientos y percepción positiva sobre AP y recomendaban realizar más charlas similares. Únicamente el 34% consideran AP como primera opción (el 43% no es su primera opción). Entre las desventajas del trabajo en AP destacan el sueldo, recursos limitados, alta carga asistencial, burocracia, no familiarización con la AP por escasa formación y desvinculación hospitalaria; en cuanto a las ventajas manifiestan guardias electivas, seguimiento integral del paciente, vínculo y confianza y seguimiento evolutivo de patologías. De 10 residentes que finalizan en 2022 solo 2 eligen AP pese a ofrecerles 36 interinidades, prefiriendo contratos hospitalarios temporales (3-6 meses) y bajas maternales. **Conclusiones:** - Se observa una clara preferencia sobre AH en detrimento de la AP. - Es menester aumentar la formación en AP durante la residencia y hacer más atractiva la oferta teniendo en cuenta los inconvenientes referidos por los residentes actuales.

O-030

¿POR QUÉ RESPIRA ASÍ?

García Barnusell, B.; Serrano Buitrago, L.M.; Espadas Maciá, D.; Caballo Trébol, F.J. - Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, Cuenca, España

Anamnesis: Lactante de 12 meses, sin antecedentes de interés, valorado hace 24 horas por proceso respiratorio no complicado, consulta por empeoramiento de dificultad respiratoria de dos días de evolución, sin fiebre. Presenta poliuria desde la semana previa, dudosa polidipsia y deposiciones diarreicas. **Exploración:** Peso 8 kg. Tª 36,6°C. FC 175 lpm. SatO₂ 100%. FR 52 rpm. Glasgow 13/15. Regular aspecto general, leve deshidratación, irritable. Auscultación pulmonar ruidos de transmisión aérea, con polipnea y tiraje costal. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita radiografía de tórax anodina y analítica sanguínea, objetivando pH <7,000. Al sospechar respiración de Kussmaul se realiza una glucemia capilar con valor de 394 mg/dL. Ante acidosis metabólica grave y sospecha de debut diabético se canalizan 2 vías periféricas, administrando suero salino fisiológico al 0,9% 10 ml/kg, perfusión de insulino terapia a 0,05 UI/kg/hora y perfusión bicarbonato 1/6 M + 40 mEq/l de potasio. Tras resultados analíticos se ingresa en UCI pediátrica (leucocitosis 20 mil/mmc (3,6-10,6); neutrofilia 12,9 mil/mmc (1,5-7), linfocitosis 12,9 mil/mmc (1,5-7); Glucemia basal 405 mg/dL (60-100); Glucosuria 2.000 mg/dL; Cetonuria 80 mg/dL; PCR positiva para Rhinovirus/Enterovirus). Tras 28 horas con fluidoterapia con glucosa al 10%, insulino terapia 0,05 UI/kg/h presenta glucemia correcta y negativización de cetonemia, por lo que se inicia aporte oral con dieta habitual y pauta de insulina subcutánea. **Conclusiones:** La diabetes mellitus tipo 1 constituye la forma más frecuente de diabetes en la edad pediátrica, presentando carácter autoinmune. La cetoacidosis diabética constituye la principal forma de debut en pacientes menores de 15 años, aunque no siempre resulta evidente, ya que en niños muy pequeños síntomas como la respiración de Kussmaul, pueden confundirse con otros procesos respiratorios habituales. Síntomas cardinales como la poliuria, polidipsia, nicturia, y pérdida de peso, son más evidentes en niños mayores, por lo que sospecharla precozmente ante signos inespecíficos evitaría al diagnóstico complicaciones agudas graves en edades precoces.

GRUPO 6

O-031

IMPACTACIÓN ALIMENTARIA, ¿QUÉ PATOLOGÍA ESCONDE?

Gutiérrez Valcuende, C.; Vega Gutiérrez, M.L.; Bachiller Luque, M.R.; López Allúe, L.; De Felipe Pérez, M.; Morales Albertos, L.; Morales Moreno, A.J.; Fernández Salazar, B.N. Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Anamnesis: Paciente que acude a la revisión de los 14 años: 5 días antes presentó disfagia absoluta tras la ingesta de jamón, acudiendo a urgencias. Antecedentes familiares: sin interés. **Antecedentes personales:** sibilancias recurrentes (11 meses-5 años), dermatitis atópica (2 años), neumonía (3 años), rinoconjuntivitis alérgica (alergia a pólenes, con sensibilización a profilina) (5 años), asma episódica (7-8 años) y síndrome de alergia oral con frutas (11 años). **Exploración clínica:** TEP estable. Consciente y orientado. Vía aérea permeable. Orofaringe normal. Úvula centrada sin edema. No se observa cuerpo extraño. Sialorrea. Resto de exploración física y constantes normales. **Procedimientos**

diagnósticos y terapéuticos: Endoscopia Digestiva Alta (EDA): mucosa con estrías longitudinales y exudados blanquecinos en esófago proximal y distal; anillos concéntricos incompletos en esófago proximal. Trozo de jamón impactado mucosa esofágica. Biopsias: esofagitis eosinofílica (EEo). Tratamiento: Omeprazol 20 mg/12 horas 2 meses. Evolución: asintomático mientras tratamiento, posteriormente disfagia una vez a la semana, reanudan tratamiento. EDA control a los 5 meses: esófago de aspecto traquealizado, de predominio en esófago medio y distal con regueros longitudinales ascendentes y algunos exudados blanquecinos. Se reanuda tratamiento. Pendiente de resultados anatomopatológicos. **Conclusiones:** La EEo es una enfermedad emergente y crónica, mediada por el sistema inmune, caracterizada por disfunción esofágica e inflamación eosinofílica localizada. La clínica varía con la edad (Tabla I). En niños mayores y adolescentes, se presenta como disfagia e impactación alimentaria, como ocurrió en nuestro paciente. La sospecha diagnóstica es fundamental en niños que presenten esta clínica y asocien comorbilidad alérgica. El diagnóstico es clínico e histológico, descartando otras causas de eosinofilia esofágica. Para evitar las formas fibroestenóticas, el tratamiento es crónico, de primera línea los IBP, los corticoides tópicos, o la dieta de eliminación. Precisan reevaluación histológica de la respuesta al tratamiento.

Tabla 1. Tomado de An Pediatr (Barc). 2020; 92(6): 376.e1-376.e10

Lactantes y preescolares	Niños y adolescentes	Mecanismos compensatorios de la disfagia
Síntomas de RGE Náuseas Regurgitaciones Rechazo y aversión a alimentos Fallo de medro Tos con la alimentación	Disfagia e impactación alimentaria Dolor retroesternal/torácico Vómitos Pirosis Dolor abdominal Carraspera Tos con la alimentación	Comer con trozos muy pequeños Comer lento, ayudándose con agua para deglutir Evitar texturas de alimentos En niños pequeños: saltar tras la deglución

O-032

PARASITACIÓN INTESTINAL POR *BLASTOCYSTIS* Y *DIENTAMOEBIA*: ¿TRATAR O NO TRATAR?, ESA ES LA CUESTIÓN

Gil Vázquez, J.M.¹; Abrodos, D.¹; Martínez, E.¹; Hernández, A.²; López Almela, C.¹; Díaz, P.¹.

¹CAP Gracia. Sabadell-5, Sabadell, España; ²CAP Tacoronte, Tenerife, España

Introducción: *Blastocystis hominis* (BH) y *dientamoeba fragilis* (DF), son dos protozoos de distribución universal el primero y hábitat exclusivo en colon humano el segundo, que se aíslan frecuentemente en heces de niños sintomáticos y asintomáticos. La patogenicidad de estos agentes es motivo de controversia, y no hay consenso acerca de las situaciones en que pueden ser comensales o patógenos, pudiendo influir diferentes factores (coinfecciones, grado de colonización, genotipo del parásito y estado inmunitario del huésped). **Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los casos diagnosticados de parasitosis intestinal, descartando oxiuriasis y giardiasis, durante el período enero 2021- mayo 2022. Se analizan las siguientes varia-

bles; edad, sexo, sintomatología, parásitos aislados, tratamiento, y correlación entre desaparición del parásito y desaparición de la clínica. **Resultados:** Durante el período estudiado se reportan 31 casos. La edad media fue 7 años 2 meses. La relación niño/niña: 1,2. El motivo más frecuente de consulta fue el dolor abdominal recurrente. Se aislaron los siguientes parásitos: BH 38,7%, DF 58%, BH+DF 22,5%, y *entamoeba coli* 3%. Se realizó tratamiento con metronidazol y se observó una mejoría de la sintomatología en el 66,7% de los casos. En 2 casos persistió la clínica y la parasitación y se administró una segunda tanda de tratamiento antibiótico. **Conclusiones:** La patogenicidad de BH y DF es motivo de controversia en la actualidad. La parasitación por estos protozoos podría servir como marcador de la existencia de otros patógenos no detectados, que serían los verdaderos causantes de la clínica (DF y *enterobius vermicularis*/*ascaris lumbricoides*; BH y *giardia lamblia*). El tratamiento de estos parásitos se recomienda cuando los pacientes refieran clínica que no sea atribuible a otro problema de salud, siendo aconsejable la realización de exámenes de heces post-tratamiento para poder correlacionar la erradicación del parásito con la desaparición de la sintomatología.

O-033

MELENAS COMO SIGNO GUÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON CONSUMO DE AINES

Martín Suárez, A.M.; Ureña Ruiz, P.; Cadenas Villegas, A.S.; Palma Conesa, C.; García Peces, P.; Barros García, P.
Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada, España

Anamnesis: Paciente de 14 años con TEP estable, que acude a Urgencias por cuadro de melenas de 24 horas de evolución junto con dolor abdominal intermitente en mesogastrio. Entre los antecedentes familiares, abuelo materno con trombofilia, así como infección por *H. pylori* tanto en rama materna como paterna. Como antecedentes de interés, intervenida de apendicitis hacía dos meses y, los cinco días previos al cuadro, ingesta de ibuprofeno 600 mg c/24 horas durante 2 días por traumatismo. Se realiza control analítico en el que destaca anemia normocítica. Se ingresa para estudio y tratamiento. **Exploración:** Peso: 65,7 kg (P84, 1,00 DE). Talla: 160 cm (P41, -0,022DE) (Carrascosa et al 2010) IMC: 25,66 kg/m² (P94, 1,57 DE) (OMS 2006/2007) **Procedimientos diagnósticos:** EDA: úlcera duodenal en cara inferior bulbar con sangrado babeante activo (Forrest Ib). EDA de control: úlcera fibrinada con clips hemostáticos normoposicionados sin signos de sangrado activo (Forrest III). AP: pendiente. Hemograma: Hb 11,3 g/dl, hematocrito 33,2%, VMC 88 fl. Calprotectina 3.221 µg/g Estudio de coagulación y trombofilia normales. **Procedimientos terapéuticos:** Se interconsulta con Digestivo, realizándose EDA* de forma urgente, donde se objetiva úlcera duodenal en cara inferior bulbar con sangrado babeante activo y se administra adrenalina tras lo que se colocan dos hemoclips. Preciso perfusión de omeprazol intravenoso durante tres días, pasando posteriormente a vía oral. En controles analíticos seriados, se evidencia descenso de hemoglobina hasta 8,9 g/dl, por lo que se realiza nueva EDA, descartando resangrado y tomando biopsias para estudio de *H. pylori*. Previo al alta, se administran 200 mg de hierro intravenoso. Se decide alta con seguimiento en consultas externas con adecuada evolución. **Conclusiones:** Importancia del diagnóstico diferencial de HDA*, siendo la endoscopia la herramienta fundamental, tanto en la búsqueda del origen del

sangrado como en la intervención terapéutica. *EDA: endoscopia digestiva alta *HDA: hemorragia digestiva alta.

O-034

HELICOBACTER PYLORI COMO RESPONSABLE DE SANGRADO DIGESTIVO

Corral Roso, P.; García Sánchez, P.; Collar Serecigni, P.; Fernández Yélamos, I.; Gómez Dominguez, C.; Asuncion Abad, M.; Coccolo Góngora, A.; De Miguel Cáceres, C.
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Niño de 10 años que acude a Urgencias por episodio de 6 vómitos en las últimas 2 horas, siendo los dos últimos con restos de sangre fresca. Antecedente de anemia ferropénica con cifra de hemoglobina de 6,1 g/dl al diagnóstico que requirió ingreso y transfusión de 2 concentrados de hemáties. Durante el ingreso se realizó una ecografía abdominal y un estudio analítico de anemias, sin llegar a filiar la causa. A su llegada estaba pálido y sudoroso tras haber realizado un vómito, con constantes vitales normales. Resto de exploración física normal. En analítica sanguínea hemograma y coagulación sin alteraciones por lo que se ingresó por sospecha de síndrome Mallory-Weis. Durante el ingreso se realizó una endoscopia digestiva alta evidenciándose pangastritis nodular erosiva y duodenitis ulcerativa, iniciándose tratamiento erradicador para *H. pylori*, con omeprazol, amoxicilina y metronidazol durante 14 días, confirmando posteriormente su presencia en las biopsias obtenidas. La infección por *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) se adquiere en la infancia y supone una causa importante de enfermedad ulcerosa péptica y cáncer gástrico en la edad adulta, siendo estas complicaciones infrecuentes en pediatría. La mayoría de los pacientes pediátricos son asintomáticos. Las indicaciones de búsqueda y tratamiento de infección por *H. pylori* son claras (hemorragia digestiva o dolor abdominal por úlcera péptica y anemia ferropénica refractaria) y los estudios apoyan que no es causa de dolor abdominal funcional en pediatría. Existe una alta tasa de resistencias antibióticas por lo que la realización de pruebas invasivas (endoscopia con cultivo, estudio histológico, test rápido de ureasa y PCR) para la detección de dicha infección debe individualizarse y no recomiendan métodos no invasivos ni la estrategia "test and treat". El tratamiento debe ser guiado por el antibiograma combinando un inhibidor de la bomba de protones y dos antibióticos (amoxicilina con metronidazol o claritromicina) durante 14 días.

O-035

LO QUE ESCONDE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Álvarez Smith, C.I.; Arroyo Ruiz, R.; De Pablo García, M.; Alcubilla García, L.; Escalona Gil, A.M.; Jiménez Domínguez, A.; Aparicio Fernández De Gatta, C.; Bote Mohedano, J.; Plata Izquierdo, B.; Domínguez Manzano, P.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Varón de 10 años que presenta cefaleas de predominio vespertino una vez por semana durante un mes sin signos de alarma y que ceden con analgesia habitual. Presenta claudicación intermitente de miembros inferiores con la actividad física, no otra clínica. En consulta de atención primaria se toma tensión arterial (TA), obteniéndose tensiones por encima del percentil 95 para la edad, peso y talla del paciente en 3 tomas diferentes. Se deriva a cardiología infantil para valoración. **Exploración**

física: Durante la exploración física en cardiología se observan pulsos arteriales palpables en miembros superiores y difícilmente palpables en miembros inferiores. Se toma la TA obteniéndose gradiente tensional mayor de 20 mmHg. Auscultación cardíaca rítmica, con ruidos normales. Ausencia de soplo precordial. Resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó un electrocardiograma que no mostró alteraciones. En ecocardiograma se objetiva coartación de aorta descendente distal a último tronco supraaórtico con aceleración de flujo con un gradiente máximo de 45 mmHg y medio de 22 mmHg y con presencia de prolongación diastólica. En aorta abdominal el flujo está amortiguado y cuenta con prolongación diastólica. No se objetiva ductus arterioso. Se deriva a hospital de referencia para intervención percutánea mediante angioplastia e implante de stent aórtico. **Conclusiones:** La coartación de aorta tiene dos presentaciones clínicas típicas: en la etapa neonatal, manifestándose como shock cardiogénico cuando se cierra el ductus arterioso, y en el niño mayor o adulto presentándose como hipertensión arterial. En el estudio de hipertensión arterial recalamos la importancia de una exploración física minuciosa incluyendo palpación de pulsos y la toma de tensión en las cuatro extremidades, sospechándose una coartación de aorta cuando existe un gradiente mayor de 20 mmHg entre las extremidades superiores y las extremidades inferiores.

O-036

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Gutiérrez Moreno, E.¹; Granados Ruiz, M.Á.². - ¹Centro de Salud Valleaguado, Madrid, España; ²Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Fundamento y objetivo: Las cardiopatías congénitas (CC) son las anomalías congénitas más frecuentes en la población pediátrica, suponiendo casi 1/3 de todas las malformaciones en la infancia y la principal causa de muerte en el primer año de vida. La prevalencia que se describe de las CC varía entre 8-10 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos, la mitad de los cuales corresponden a cardiopatías graves. El objetivo de este trabajo es investigar la prevalencia actual de las CC en el área de salud de Valleaguado en Coslada, un municipio del sureste de Madrid, y evaluar las características epidemiológicas de las mismas. **Material y método:** Se presenta un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de CC controlados en el Centro de Salud de Atención Primaria de Valleaguado en un periodo de 10 años, comprendido entre enero de 2012 a enero de 2022. **Resultados:** De los 2.732 pacientes revisados, 29 casos tenían diagnóstico de CC. Se excluyeron 5 casos diagnosticados de foramen oval permeable y 1 caso de estenosis fisiológica de ramas pulmonares considerados como variantes de la normalidad. La prevalencia de CC, excluyendo las cardiopatías leves, es 2,92 casos/1.000 recién nacidos vivos. No se encontró ninguna CC muy grave según la clasificación de EUROCAT. La gran mayoría de las cardiopatías se diagnosticó en periodo neonatal por estudio de soplo cardíaco y solo hubo un caso de diagnóstico prenatal. **Conclusiones:** La prevalencia real de CC en el área de salud estudiada es significativamente más baja que la que se describe en la literatura. No se han encontrado pacientes con CC muy grave en el periodo de estudio. La elevada prevalencia de hallazgos sin significado patológico o cardiopatías leves obedece probablemente al empleo generalizado de la ecocardiografía en el estudio del recién nacido con soplo.

GRUPO 7

O-037

HEMOPTISIS AGUDAS: ¿LAS INFRAVALORAMOS?

Santana Mateos, M.; Padilla Lumera, E.; Macías García, M.; Ruiz Jiménez, E.; Fernández Fuentes, C.; Vecchi Burastero, M.; Delgado Pecellin, I.; Montero Valladares, C.; Anchóriz Esquitino, M.; Melón Pardo, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

La hemoptisis puede constituir la primera manifestación de un amplio espectro de enfermedades potencialmente graves. Las prioridades en su manejo son determinar la etiología, localizar la zona de sangrado e iniciar un tratamiento precozmente. Preadolescente mujer de 12 años sin antecedentes personales de interés que presenta tos, mucosidad en vías altas, vómitos, odinofagia, dolor torácico y varios episodios de hemoptisis franca. Afebril. Antecedentes familiares: madre y tía materna con síndrome de QT largo, portadoras de DAI. **Exploración física:** hipoventilación en 1/3 inferior de hemitórax derecho, resto normal. Inicia tratamiento con vitamina K y ácido tranexánico IV. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos 5.370 (neutrófilos 51%, linfocitos 37%), Hb 14,3 g/dl, plaquetas 276.000, control en 24 h Hb 12 g/dl, resto normal; coagulación, dímeros D, iones en suero, función hepática y renal y metabolismo del hierro normales; Rx PA de tórax: infiltrado alveolar en base pulmonar derecha; Mantoux 0 x 0 mm; test rápido COVID-19 positivo; PCR COVID-19 negativo; test del sudor negativo; ecocardiografía y ECG normales; endoscopia digestiva alta (EDA): sin signos de sangrado; TAC pulmonar: patrón en vidrio delustrado en LSD, LM y especialmente en LID, con ocupación de bronquio principal derecho; fibrobroncoscopia: sangrado activo en pirámide basal derecha; angioTAC pulmonar: arteria bronquial con origen directo en aorta torácica de aspecto hipertrófico que coincide con zona de hemoptisis de la fibrobroncoscopia. Se realiza embolización de dicha arteria bronquial con resolución clínica de hemoptisis y sin evidencia de sangrado activo en fibrobroncoscopia de control. Las hemoptisis deben manejarse con precaución porque pueden comprometer la vida del paciente. La fibrobroncoscopia juega un papel importante en la localización del sangrado. El angioTAC pulmonar y la arteriografía bronquial constituyen técnicas diagnósticas de elección ante la sospecha de malformaciones vasculares. La embolización constituye el tratamiento de elección de las hemoptisis que no se solucionan con tratamiento médico.

O-038

APNEAS: UNA FORMA DE DEBUT ATÍPICO DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

González Acedo, I.; Ortiz Cantero, E.; Parra Arribas, N.; Pérez Benito, M. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de mes y medio de vida trasladada a nuestro centro por episodio de crisis caracterizada por desconexión del medio, mirada fija, cianosis peribucal con hipertonia generalizada de 30 segundos de duración. **Antecedentes personales:** Gestación 39+2 semanas, parto instrumentado con ventosa, sin precisar de reanimación. Durante su ingreso en hospitalización presenta episodios de apneas con desaturación y bradicardia, por lo que se traslada a UCI para monitorización y soporte. **Exploración clínica:** Aplasia cutis parietoccipital, proptosis derecha, lesiones

en región dorsal paraespinal derecha de consistencia blanda, lesión ósea tibial anterior (por la que consultaron previamente) y múltiples manchas café con leche (MCCL). **Procedimientos diagnósticos:** Resonancia magnética craneal y de columna completa en la que se observan quiste aracnoideo pericerebeloso izquierdo y múltiples masas paraespinales bilaterales desde región cervical a torácica compatibles con neurofibromas plexiformes. Lesiones prevertebrales que obliteran vía aérea en hipofaringe. Biopsia de las lesiones cutáneas con resultados de neurofibromas plexiformes en dermis profunda. Ecocardiografía y TC torácico objetivándose arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante y miocardiopatía hipertrófica secundaria a hipertensión arterial. Finalmente se realiza estudio genético con resultado confirmatorio de Neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Posteriormente, reconsultan en varias ocasiones por nuevos episodios de apneas precisando soporte respiratorio. En uno de los ingresos asocia salvas de espasmos en flexión con EEG compatible con síndrome West. **Conclusiones:** La NF1 es una enfermedad genética autosómica dominante con unos criterios clínicos definidos basados principalmente en las manifestaciones neurocutáneas. Su expresión clínica es heterogénea siendo las MCCL el hallazgo más característico y precoz de esta enfermedad, sin embargo la variabilidad de su presentación inicial hace de su diagnóstico todo un reto en edades precoces. Por todo ello, su diagnóstico se basará principalmente en los hallazgos clínicos sugestivos en la exploración física sostenidos por una prueba de imagen y confirmados mediante estudios genéticos.

O-039

GLUCAGÓN INTRANASAL VS INYECTABLE: ¿CÓMO ATENDERÍAN LOS FUTUROS PROFESORES UNA HIPOGLUCEMIA GRAVE EN LA ESCUELA?

Mazaira López, X.¹; Gómez Silva, G.²; Abelairas Gómez, C.³; Carballo Fazanes, A.⁴; Santos Miranda, E.⁵; Izquierdo Vázquez, V.⁵; Rodríguez Núñez, A.⁶. - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Área de Pediatría, Sección de Pediatría Crítica, Cuidados Intermedios y Paliativos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; Grupos de Investigación SICRUS (Simulación, Soporte Vital y Cuidados Intensivos). Instituto de Investigación Sanit, Santiago de Compostela, España; ³Grupos de Investigación SICRUS (Simulación, Soporte Vital y Cuidados Intensivos). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela; Grupo de investigación CLINURSID. Enfermería clínica, urgencias, simulación e innovación docente., Santiago de Compostela, España; ⁴Grupos de Investigación SICRUS (Simulación, Soporte Vital y Cuidados Intensivos). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); Grupo de investigación CLINURSID. Enfermería clínica, urgencias, simulación e innovación docente., Santiago de Compostela, España; ⁵Grupos de Investigación SICRUS (Simulación, Soporte Vital y Cuidados Intensivos). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España; ⁶Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Área de Pediatría, Sección de Pediatría Crítica, Cuidados Intermedios y Paliativos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. SICRUS. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. Grupo de investigación CLINURSID, Santiago de Compostela, España

Introducción y objetivo: La diabetes es una patología crónica prevalente. En la escuela, los niños diabéticos están en riesgo de sufrir episodios de hipoglucemia. Dado que la formación del alumnado de ciencias de la educación no contempla los primeros auxilios, este trabajo surgió para investigar qué

conocimientos sobre diabetes tienen estos alumnos, formarlos en el manejo inicial de una hipoglucemia y evaluar la información adquirida mediante simulación. **Material y métodos:** Se realizó un cuestionario anónimo sobre conocimientos generales de diabetes y la posibilidad de hipoglucemia. Posteriormente, recibieron una formación teórica de 30 minutos sobre desencadenantes, síntomas y manejo de esta complicación. Siete días después, los estudiantes participaron en una sesión de simulación de una hipoglucemia, evaluándose su actuación, incluyendo la destreza con los dispositivos de administración de glucagón. **Resultados:** 49 alumnos respondieron la encuesta. El 50% desconocían los síntomas de hipoglucemia, y más del 90% su tratamiento farmacológico. 23 alumnos participaron en la simulación. Durante esta, el 57% eligieron el atomizador intranasal como tratamiento de la hipoglucemia grave. El 43% restante, el glucagón inyectable. De los primeros, el 78% administraron el glucagón adecuadamente, mientras que con el inyectable solo administraron la dosis completa el 57%. Entre las razones especificadas para elegir el atomizador se incluían la facilidad y rapidez de uso. Durante la hipoglucemia simulada, más de $\frac{3}{4}$ de los participantes obviaron alertar al servicio de emergencias desde el inicio. **Conclusiones:** Los conocimientos de los estudiantes de ciencias de la educación sobre hipoglucemia y su tratamiento son escasos, pero una formación sencilla mediante un escenario simulado consigue que la mayoría sepa cómo actuar ante una hipoglucemia en la escuela. Dada la simplicidad de su uso y el menor riesgo de errores solo el 53% de los participantes escogieron el atomizador como tratamiento, debería reforzarse este aspecto en futuras acciones formativas.

O-040

EL JET LAG SOCIAL SE ASOCIA CON UNA MENOR ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN NIÑOS Y NIÑAS EN EDAD ESCOLAR: ESTUDIO ALEXIS

Ramírez-Contreras, C.¹; Santamaría-Orleans, A.²; Izquierdo-Pulido, M.¹; Zerón-Rugiero, M.F.¹. - ¹Universitat de Barcelona, Barcelona, España; ²Laboratorios Ordesa, Barcelona, España

Objeto del trabajo: La diferencia entre los horarios de ir a dormir entre semana vs. fines de semana (conocido como jet lag social, JLS) tiene un impacto sobre el IMC (índice de masa corporal) y la calidad de la dieta en adultos. No obstante, en población infantil se tienen muy pocos datos. **Material y métodos:** Estudio observacional en población infantil (n=1141; edad 2-12 años; 50% niñas; 51,4% escolares) para estudiar la posible relación entre JLS, IMC y calidad de la dieta. Los padres/tutores reportaron el peso y la talla de los niños (obteniéndose el IMC), los horarios de dormir entre semana y fines de semana (obteniéndose el JLS) y completaron el cuestionario de Calidad de Dieta Mediterránea para niños y adolescentes. La asociación entre las variables se evaluó mediante ANOVAS y la estimación de tendencia lineal (p-trend). Los análisis se realizaron en global y, posteriormente, se estratificaron por grupo de edad (preescolares y escolares). **Resultados y conclusiones:** Los escolares españoles tienen más JLS que los preescolares ($1,0h \pm 0,7$ vs. $0,6h \pm 0,6$, $p<0,001$). Esto significa que existe más variación en los horarios de dormir entre semana y fines de semana en la población escolar. Por edades, los escolares mostraron que a mayor JLS existe una menor calidad de dieta (p-trend=0,001) y un mayor IMC, si bien esta última fue cercana a la significa-

ción (p-trend=0,060). En los preescolares, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas. Nuestros resultados apuntan la importancia de promover la regularidad de horarios de dormir durante la semana en los niños y niñas en edad escolar. Esta regularidad puede ser un hábito interesante a adquirir en edades tempranas, dado que se conoce que en adultos un mayor JLS se asocia con sobrepeso y obesidad.

O-041

DOLOR DE RODILLA Y DEFORMIDAD ÓSEA, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Figuerola Jiménez, S.; Ramos Cela, M.; Rollano Corroto, I.; Marín Rodero, J.; Méndez Sierra, A.; Pardo Crespo, M.R.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Niña de 6 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con exploración normal y crecimiento en P75 en la revisión del niño sano 6 meses antes. Comienza con dolor en ambas rodillas intensificándose progresivamente, por lo que acude a su pediatra constatándose en la exploración un marcado genu valgo bilateral, a expensas principalmente de tibia derecha, sin limitación en abducción ni rotación externa de ambas caderas pero impresionando en reposo de rotación externa de cadera derecha. El estudio radiológico muestra marcado aplanamiento de las epífisis femorales proximales, con un ensanchamiento de la metafisis proximal de ambos fémures, confirmando el genu valgo bilateral. Cadera sin hallazgos de significación patológica. Ante sospecha de displasia epifisaria múltiple tipo Ribbing se completa el estudio con radiología de carpo confirmando el diagnóstico. Se decide tratamiento conservador con fisioterapia, pero al incrementar el dolor y la impotencia funcional de extremidad derecha acude a urgencias donde se objetivan hallazgos sugerentes de enfermedad de Perthes. Al no observarse signos de luxación ni subluxación, se mantiene actitud conservadora en ortopedia infantil. Alterna periodos asintomáticos y periodos de gran limitación funcional y dolor. Radiográficamente se observa el deterioro progresivo severo. Finalmente, se realiza osteotomía de fémur derecho y liberación anteromedial. Posteriormente, precisó nuevas intervenciones quirúrgicas tanto de cadera derecha como osteotomía de fémur distal. **Conclusiones:** Es frecuente el retraso en el diagnóstico de la displasia epifisaria múltiple y debe ser sospechada, incluso con crecimiento normal, ante presencia de dolores articulares, alteraciones de la marcha, cojera o cambios en la posición de las extremidades. La presencia de dolor de rodilla o muslo de forma persistente debe llevarnos a sospechar una enfermedad de Perthes ya que puede ser el primer signo de esta enfermedad. Un diagnóstico precoz puede prevenir el desarrollo de una enfermedad severa, con desarrollo de deformidades graves.

O-042

DISRAFISMO ESPINAL OCULTO: LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

Llorente Sanz, B.; Rodríguez Del Rosario, S.; Herrera Quilón, L.; Espinoza Leiva, A.; Utiel Monsalve, E.; Matías Del Pozo, V.
Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

Introducción: El disrafismo espinal oculto (DEO) es la alteración de la fusión del tubo neural, sin exposición del tejido nervioso. La cobertura cutánea puede mostrar alteraciones que hagan sospechar esta patología: lesiones vasculares o discrími-

cas, nevus o lipomas. La cirugía puede prevenir el daño neurológico progresivo, por lo que es esencial el diagnóstico precoz. **Caso clínico:** Recién nacido a término varón procedente de un embarazo controlado y normal. Se desconoce si la madre tomó suplementos de ácido fólico. A la exploración presenta tumefacción blanda subcutánea en región lumbosacra bien delimitada, con alteración ósea subyacente y cubierta por una piel de aspecto eritrémico. No otros hallazgos físicos y exploración neurológica normal. Se realiza ecografía informada como defecto de fusión de arco posterior de vértebras sacro-coccígeas y colección líquida extraxial comunicada con el canal medular, hallazgos sugerentes de DEO. Se completa estudio con resonancia magnética donde se evidencia médula espinal anclada (nivel L5, S1) a lipoma intraespinal que rodea el cono medular y se extiende posteriormente a través de una columna ampliamente disráfica. La médula dorsal baja y el cono medular presentan signos de mielopatía, todo compatible con lipomielomeningocele con afectación medular. Se decide intervención realizándose exéresis de lipoma y desanclaje medular a nivel distal. Buena evolución posterior, descartándose vejiga neurógena y alteraciones motoras/sensitivas hasta el momento. **Conclusiones:** El lipomielomeningocele es una de las malformaciones más frecuentes englobadas en DEO. Todas ellas presentan anclaje del cono medular, que puede ser asintomático al nacimiento. Sin embargo, al impedir el correcto ascenso de la médula espinal durante el crecimiento, y asociar múltiples traumatismos por tracción, los segmentos medulares inferiores sufren daño progresivo, expresado en alteraciones sensitivas y motoras de las raíces afectadas, que una vez manifestadas, son irreversibles. El desanclaje precoz evita el daño neurológico progresivo y mejora el pronóstico.

GRUPO 8

O-043

DOCTOR, MI HIJA TIENE ALGO MÁS QUE ANSIEDAD

García Barnusell, B.; Montero González, A.E.; Rius Peris, J.M.;
Díaz Velázquez, E.; Caballo Trébol, F.J.
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, Cuenca, España

Anamnesis: Adolescente mujer de 14 años consulta por nerviosismo importante acompañado de diarrea, molestias abdominales y febrícula de 37,7°C. Se encuentra en tratamiento psicológico cognitivo-conductual y con Ansiomed® cápsulas 1-0-1 e infusiones tranquilizantes desde hace 8 meses por temblores, sudoración de manos y pies, opresión precordial, insomnio, pérdida de peso y mal rendimiento académico. **Exploración:** Peso 65 kg. T°C: 36,8°C. SatO₂ 98%. TA 130/80 mmHg. FR: 42 rpm; FC 120 lpm. Glasgow 15/15. Presenta inquietud psico-motora, temblor, exoftalmos bilateral de predominio derecho, bocio grado 1b, doloroso a la palpación. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se objetiva taquicardia sinusal y se solicita con carácter urgente TSH basal <0,008 mUI/L (0,350-4,940); T4 libre >5,00 ng/dL (0,70-1,48); T3 libre >20,00 pg/mL (1,58-3,91). Ante la sospecha de tirotoxicosis se administra bolo intravenoso de 100 mg de hidrocortisona + 0,7 mg de propranolol y 25 mg vía oral de metimazol. Se ingresa con 20 mg de hidrocortisona cada 6 horas, 10 mg propranolol cada 6 horas y metimazol 5 mg 2-1-2. Tras resultados analíticos (tiroglobulina 45,06 ng/mL (3,68-64,50), anticuerpos anti-tirotglobulina 56,29 UI/mL (>4,11), anti-peroxidasa 2.182,0 UI/mL (0,0-60,0),

anti receptor-TSH 11,0 UI/L (0,0-3,3); y tiroides aumentado de tamaño, irregular, heterogéneo con notable aumento de la vascularización en ecografía, se diagnostica una enfermedad de Graves Basedow. **Conclusiones:** El hipertiroidismo es poco frecuente en la edad pediátrica, apareciendo mayoritariamente en la adolescencia con predominio femenino, secundario al exceso de síntesis endógena de hormona tiroidea. El 90-95% de manifestaciones clínicas o tirotoxicosis, son secundarias a la enfermedad de Graves Basedow, cuyo tratamiento consiste en antitiroideos como el metimazol y betabloqueantes si existe taquicardia o nerviosismo. Ante una tirotoxicosis de instauración rápida acompañada de fiebre, hipertensión arterial, taquicardia extrema e incluso coma, se deberá descartar una crisis tirotóxica, puesto que requiere corticoides y manejo en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Diferenciar las tres entidades, evitará errores en el tratamiento así como complicaciones.

O-044

UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN PRIMARIA-5: DE PEDIATRÍA A MEDICINA DE FAMILIA

Calvo Naharro, L.; Del Rey Vitó, S.; Fernández Martínez, C.;
Muriana Murcia, A.; Artés Prades, E.
CAP Terrassa Est, Terrassa, España

La presión asistencial, la falta de tiempo y la diferencia de edad en el traspaso en atención primaria desde pediatría hacia medicina de familia hacen que el proceso de transición sea un verdadero escollo tanto para el adolescente como para su familia. El siguiente proyecto trata de realizar una transición del paso más escalonada, menos agresiva y más humanizada tanto para el paciente como para la familia y la UBA (unidad básica de atención primaria). A partir del proyecto UBA-3 (médico+enfermera+administrativo de referencia) proponemos ampliar el concepto a UBA-5. Se seleccionarían los pacientes mediante la última revisión del niño sano, inicialmente captando aquellos con enfermedades crónicas y aquellos que la UBA pediátrica considere que requieren una transición más progresiva, bien por las características del adolescente, bien por la familia o el entorno socio-económico de riesgo (concepto de medicina holística). Una vez los pacientes y sus familias hayan sido seleccionados con el soporte del personal administrativo de referencia se realizaría una visita conjunta con la UBA pediátrica y la UBA de adultos donde se produciría una aproximación inicial al adolescente y una preparación por parte de la UBA adulta para poder dar una continuidad al proceso asistencial. La interacción entre pediatría y medicina de familia en atención primaria es esencial. Mediante el proyecto UBA-5 y con el adolescente como nexo de unión, no únicamente la continuidad asistencial será más transversal sino que fomentará un mayor lazo entre pediatría y medicina de familia y se establecerá un mejor vínculo entre el adolescente y la UBA de adultos.

O-045

CLORO EN LAS PISCINAS: UNA CAUSA DE NEUMONITIS QUÍMICA

García Peces, P.; Miranda Rengel, F.; Cadenas Villegas, A.S.;
Ureña Ruiz, P.; Martín Suárez, A.M.; Palma Conesa, M.C.
Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada, España

Anamnesis: Preescolar de 2 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias de Pediatría por dificultad respiratoria. La madre refiere que estaban bañándose en una piscina comunitaria de agua clorada y salada cuando la paciente “ha tragado agua” e inmediatamente después ha comenzado con tos y disnea progresiva. **Exploración:** A su llegada presenta un Triángulo de Evaluación Pediátrica alterado en el lado respiratorio, con saturación de oxígeno 91-92% así como tiraje intercostal y supraesternal. En la auscultación respiratoria destacan subcrepitantes bibasales y sibilantes generalizados. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía de tórax y control analítico sin alteraciones. Se inicia oxigenoterapia y aerosoles con bicarbonato y suero fisiológico alternándose posteriormente con salbutamol. A pesar de la mejoría tras iniciar tratamiento, continuó precisando oxigenoterapia por lo que requirió hospitalización durante 5 días con buena evolución. **Conclusiones:** La neumonitis por hipoclorito sódico es una intoxicación debida a la inhalación de cloro, cuyo uso es frecuente como desinfectante de agua en las piscinas. Este químico puede ser dañino a altas concentraciones o si se mezcla con otros productos de limpieza como el amoníaco. El grado de intoxicación depende de la concentración y el tiempo de exposición. Podemos encontrarnos ante síntomas leves como irritación ocular y tos hasta síntomas más graves como broncoespasmo y disnea. A altas concentraciones se han descrito casos de edema pulmonar, shock y hemoptisis. El tratamiento consiste en soporte respiratorio con oxigenoterapia humidificada, nebulizaciones de bicarbonato 1M y suero salino fisiológico durante las primeras horas. Posteriormente se recomienda el uso de broncodilatadores y corticoterapia inhalada o intravenosa atendiendo al grado de hiperreactividad bronquial y su gravedad. Es aconsejable la observación en urgencias bajo monitorización al menos 6 horas incluso en pacientes asintomáticos.

O-046

CREPITACIÓN DE PARTES BLANDAS, ¿CUÁL ES TU DIAGNÓSTICO?

Goez Sanz, C.; Rodríguez Del Rosario, S.; Llorente Sanz, B.; Izquierdo Herrero, E.; Carranza Ferrer, J.; Benito Gutiérrez, M.; Pino Velázquez, M.; Fernández García-Abril, C.; Castro Rey, M.; Pino Vázquez, A.
Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Caso clínico 1: Anamnesis: escolar de 10 años acude a urgencias por edema de hemicara izquierda. Refiere inyección de lidocaína a nivel de 2º molar superior izquierdo. **Exploración física:** aumento de partes blandas de hemicara izquierda con crepitación. Impresiona puerta de entrada milimétrica a nivel de dicho molar y crepitación en mucosa yugal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** radiografía: enfisema subcutáneo. Se decide ingreso, iniciando oxigenoterapia y profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico. Radiografía de control sin signos de enfisema. **Caso clínico 2: Anamnesis:** Preescolar de 3 años ingresada por hipoxemia refractaria. Presenta infección respiratoria por enterorinovirus. Precisa ingreso en cuidados intensivos y ventilación no invasiva. Se inicia tratamiento con salbutamol, bromuro de ipatropio, sulfato de magnesio y corticoterapia. **Exploración física:** El tercer día de ingreso presenta crepitación abdominal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Radiografía de abdomen: leve enfisema subcutáneo. Mejoría al alta con buena ventilación. **Caso clínico 3: Anamnesis:** Escolar

de 6 años consulta en atención primaria por dolor retroesternal y dificultad respiratoria, es diagnosticada de dolor muscular. Reconsulta en urgencias por edema cervical con dolor y aumento de dificultad respiratoria. Antecedente de realización de PCR SARS-CoV-2 nasal por contacto estrecho. **Exploración física:** Inflamación de cara, cuello y región superior del tórax. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Radiografía de tórax: enfisema subcutáneo toraco-cervical y neumomediastino. Se inicia oxigenoterapia. Radiografía de control a las 24 horas: desplazamiento del enfisema a región más cefálica y resolución progresiva. **Conclusión:** Se denomina enfisema subcutáneo a la existencia de aire en el tejido subcutáneo, provocando distensión de partes blandas y ocasionalmente dolor. La etiología es diversa, desde espontánea, hasta traumática, iatrogénica o idiopática. El diagnóstico es radiológico. Debe hacerse diagnóstico diferencial con patologías como angioedema, reacción anafiláctica, hematoma o celulitis, siendo la crepitación un dato característico. Resolución generalmente espontánea. Los casos no complicados pueden ser manejados conservadoramente.

O-047

CUANDO NO PODEMOS CURAR, PODEMOS SEGUIR CUIDANDO

Alonso Ortega, S.; Navarro Main, L.; Afonso Ávila, R.; Garnier Rodríguez, M.B.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España

Introducción: Los Cuidados Paliativos Perinatales son una forma de atención diseñada para anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los fetos y recién nacidos con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida, que se extiende a sus familias. **Caso:** Recién nacida que, a los pocos días de nacimiento, presenta episodio de hipotonía y convulsiones, se realiza ecografía transfontanelar objetivando masa intraparenquimatosa. La resonancia magnética, sugiere como primera opción diagnóstica el tumor teratoide/rabdoide, sin tratamiento efectivo. Se informa a ambos padres del pronóstico. **Discusión:** Inician seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Se realiza una primera visita, donde, además de la enfermedad, se exploran aspectos psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Sus padres se muestran conscientes de la situación. Expresan miedo a perderla, y refieren desear cuidarla y acompañarla el tiempo que viva. Se realiza seguimiento diario, en coordinación con Atención Primaria, con escucha activa y control de síntomas. Los padres desean que el fallecimiento sea en el Hospital, teniendo lugar en Planta de Hospitalización, acompañada de los familiares que los padres desean y manteniendo ambiente tranquilo. Precisa sedoanalgesia para control de síntomas durante el proceso. Tras el fallecimiento, los padres la visten con la ropa que eligen y permanecen con ella el tiempo que necesitan para despedirse. A las tres semanas del fallecimiento contactamos con los padres, detectándose signos de alarma de duelo patológico, por lo que se remite a Salud Mental. **Conclusiones:** - Es clave llevar a cabo una adecuada comunicación con los padres y respetar los tiempos para conseguir que la preparación para el final de vida sea lo más respetuosa y confortable posible. - Esta atención integral no depende de un único especialista sino de un equipo interdisciplinar donde prevalezca una adecuada comunicación. El Pediatra de Atención Primaria tiene un papel fundamental.

DEFENSA 1 – Jueves 20

PD-001

DOLOR DE PIERNAS NOCTURNO: SÍNDROME DE SUEÑO INQUIETO EN EL NIÑO

Gómez-Limón Rivera, M.C.¹; Mayoralas, A.².

¹CS Barajas, Madrid, España; ²Clinica Anderson Center, Madrid, España

Anamnesis: Niño de 6 años con episodios de despertares nocturnos con llanto refiriendo molestias y dolor intenso en ambos miembros inferiores desde la rodilla hasta tobillo, con intensa queja. La frecuencia de los episodios es de 2 a 3 veces por semana y el padre refiere una correlación con la actividad física. Durante el día es muy activo, sin tendencia a la somnolencia. **Exploración física:** Peso: 25 kg (p75-90); Talla: 115 (P50), Buen estado general, orientado, reactivo, con adecuada dinámica tanto en el colegio como en casa. Adecuado rendimiento escolar. Exploración física por aparatos y neurológica normal. **Pruebas complementarias:** Hemograma: dentro de los límites normales; bioquímica: Calcio: 9,7 mg/dl; Fósforo: 5,1 mg/dl; Hierro: 79 microg/dl; Ferritina: 12,17 ng 7 m polisomnografía diurna: actimetría: Movimiento de extremidades inferiores periódicos con índice de 16,2. Movimientos corporales más prolongados y que involucran el tronco y las cuatro extremidades con índice de 8,18. **Juicio diagnóstico:** Cumple los criterios de una entidad recientemente descrita como “sueño inquieto del niño” en pacientes con niveles bajos de ferritina. **Diagnóstico diferencial:** Síndrome de piernas inquietas, dolores óseos nocturnos de crecimiento, dolores musculares, trastorno de hiperactividad. **Tratamiento:** Sulfato ferroso durante 3 meses. **Conclusiones:** Según historia clínica detallada y pruebas complementarias cumple los 8 criterios de la entidad “sueño inquieto en el niño”: - Sueño inquieto. - Grandes movimientos corporales en el sueño. - Documentación por vídeo/polisomnografía de 5 o más movimientos corporales por hora. - Al menos 3 veces por semana. - Al menos 3 meses. - Consecuencias clínicas durante el día. - Descartar causas secundarias a un sueño inquieto. - Niños de 6 a 18 años.

PD-002

RECONOCIMIENTO DE LOS ESPASMOS EPILÉPTICOS INFANTILES

Martín, L.B.; Gil Arenas, J.A.; López Lobato, M.; Blanco Martínez, B.; Arce Portillo, E.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: Los espasmos infantiles son episodios breves de contracción axial con flexión de los miembros que se producen en los lactantes menores de 12 meses. Pueden ser consecuencia de una encefalopatía epiléptica grave con mal pronóstico, y frecuentemente se confunden con patologías benignas, por lo que deben ser reconocidos por todos los pediatras. **Caso:** Varón de 6 meses sin antecedentes de interés, parto eutócico y a término, que acude a su pediatra en varias ocasiones por episodios de contracción axial y flexión breve de los miembros. La exploración física y neurológica para su edad es normal. Los episodios son más frecuentes después de las tomas por lo que

se sospecha espasmos por reflujo gastroesofágico. Es derivado al servicio de digestivo pediátrico donde realizan una phmetria que es normal. Los episodios persisten y aumentan en frecuencia e intensidad. El paciente comienza con un regreso del neurodesarrollo, pierde la capacidad de sostén cefálico, de fijación de la mirada y presenta leve hipotonía axial. Se realiza un electroencefalograma que revela una hipsarritmia (caracterizada por ondas desorganizadas, lentas de alta amplitud con asinergia entre ambos hemisferios con puntas irregulares multifocales y polipuntas). Es diagnosticado del Síndrome de West y comienza tratamiento con vigabatrina. Actualmente está libre de espasmos y ha recuperado algo de la función neurológica perdida. **Discusión:** El síndrome de West se caracteriza por la triada clásica de espasmos infantiles, regresión del neurodesarrollo e hipsarritmia. Suele presentarse en los lactantes de 2 a 12 meses. Hay que realizar una exploración física minuciosa y una anamnesis completa ya que se confunden frecuentemente con trastornos paroxísticos no epilépticos, espasmos por RGE o síndrome de Sandifer, cólicos del lactante o con el reflejo de moro. Identificar los espasmos permite iniciar un tratamiento precoz y con el objetivo de conseguir el mejor neurodesarrollo posible del paciente.

PD-003

EL GRAN SIMULADOR: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO HEMORRÁGICO EN LACTANTE DE 5 MESES

Parra Arribas, N.; González Acedo, I.; Ortiz Cantero, H.; Pérez Benítez, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Lactante de 2 meses, derivado por su pediatra de Atención Primaria a urgencias de un hospital de tercer nivel, por hipotonía generalizada, rechazo de tomas y fontanela a tensión. Como antecedentes personales, destacaban prematuridad (36 semanas), gestación gemelar controlada que cursó con preeclampsia leve, sin otras incidencias. Nacimiento por cesárea electiva, APGAR 10/10/10. Peso al nacimiento 2.010 g. Administración de Vitamina K. Tras el nacimiento, requirió ingreso en Servicio de Neonatología, por prematuridad y bajo peso. Pruebas complementarias realizadas por protocolo: ecografía abdominal y cerebral, sin hallazgos. Dado de alta una vez lograda la ganancia ponderal. Constantes estables a su llegada a urgencias. **Exploración física:** Mal estado general (MEG), escasa respuesta a estímulos con tendencia al sueño. Llanto débil, no succión. Coloración pálido-pajiza de piel. Relleno capilar conservado, fontanela abombada. Pupilas mióticas. Resto normal. Se inicia estabilización inicial y resucitación con volumen. Se extrae analítica con coagulación (que no coagula) y gasometría (acidosis respiratoria, hemoglobina 6 g/dL), se transfunde concentrado de hematíes y se solicita ecografía cerebral transfontanelar urgente que se informa de hemorragia parenquimatosa aguda a nivel de ganglios basales. Neurocirugía solicita TAC craneal y traslado a UCI-Pediátrica. TAC: extensa lesión hipodensa fronto-temporal derecha, compatible con lesión isquémica aguda-subaguda con transformación hemorrágica que desplaza línea media. Durante su ingreso en UCI-P, hemodinámicamente estable. Crisis epilépticas recurrentes mioclónicas de miembro superior izquierdo, que

ceden con diacepam. Status epiléptico de 48 horas de evolución. En controles analíticos se objetiva un déficit muy severo de factores de coagulación vitamina K dependientes. Tras 11 días en UCI pasa a planta, donde se mantiene sin crisis, en tratamiento con levetiracetam y suplementos vitamínicos. Dada la buena evolución clínica, es dado de alta con control próximo en consultas.

PD-004

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ DE INICIO Y DESENLAZ INUSUAL

Ortiz Cantero, E.; González Acedo, I.; Luque Aguilar, M.J.;
Gil Arenas, J.A.; Márquez Caballero, J.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 13 años, previamente asintomática, que inicia sensación de pérdida de fuerza en miembros superiores, que progresa en sentido ascendente. Días posteriores aparece pérdida de fuerza en miembros inferiores con dificultad para la marcha. No parestesias. No episodios similares previos. Afebril. No otra clínica al interrogarle por aparatos y sistemas. Cuadro catarral 10 días antes. **Exploración clínica:** Consciente, activa y reactiva. Glasgow 15/15. Incapacidad para bipedestación. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales y tono normales. Fuerza 3/5 en miembros superiores, no explorable en inferiores (días posteriores tetraparesia flácida). Movilidad de hombros y cabeza conservada. Sensibilidad preservada en todo momento. Arreflexia generalizada. Marcha y variantes no explorables. No focalidad neurológica. Signos meníngeos negativos. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos:** - Analítica sanguínea (hemograma y bioquímica), electrocardiograma, resonancia magnética craneal y de columna: normales. - Serología: *Mycoplasma pneumoniae* IgG e IgM positivo. Resto negativo. - electroneurografía: polineuropatía con afectación neurofisiológica de respuestas motoras y preservación de parámetros sensitivos. Caída de amplitud de respuestas motoras en miembros inferiores, con moderados aumentos de las latencias y aumento de las respuestas tardías F. No se constata denervación activa. Principal sospecha clínica: síndrome de Guillain-Barré, sin poder concluir predominio desmielinizante o axonal. - Líquido cefalorraquídeo: Virus neurotrofos y cultivo negativos. Citoquímica: proteínas 86,1 mg/dL, leucocitos $18 \times 1/\mu\text{L}$ (mononucleares 95%). **Terapéuticos:** Administración de inmunoglobulina intravenosa. **Conclusiones:** El síndrome de Guillain-Barré clásicamente se presenta con parestesias de miembros inferiores, debilidad muscular simétrica con progresión ascendente, arreflexia y dificultad para la marcha. Nuestro caso inicia de forma inusual con debilidad en miembros superiores y posteriormente inferiores (no progresión ascendente). Por otro lado, la resolución de la clínica no fue la habitual, siendo prácticamente inmediata tras la administración de inmunoglobulina intravenosa, pudiendo ser dada de alta a los 4 días del tratamiento.

PD-005

SÍNTOMAS FOCALES DE APARICIÓN BRUSCA: ICTUS VS CRISIS COMICIAL

Santos Cañón, R.; Lanero Olivencia, B.; Vecchi Burastero, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 5 años que acude a Urgencias derivado por su pediatra de Atención Primaria por episodio de

desplazamiento bucal hacia lado derecho junto a habla incongruente y hemiparesia del lado derecho. En tratamiento con amoxicilina 50 mg/kg/día por faringoamigdalitis aguda. No antecedentes personales de interés. Afebril y sin otra sintomatología. **Exploración:** Brusca aparición de dolor de cuello y retracción brusca del mismo hacia atrás e izquierda. Habla incongruente y disartria, y es incapaz de contestar a preguntas fáciles. Destaca también ligera pérdida de equilibrio y marcha tambaleante. Resto de la exploración neurológica y por aparatos normal. Ante estos síntomas se activa código ictus y traslado a UCI Pediátrica. **Pruebas complementarias:** AngioTC cráneo sin signos de isquemia cerebral aguda (ASPECTS 10). Analítica con fórmula leucocitaria, bioquímica y estudio de coagulación normal. PCR 1 mg/L. Tóxicos en orina negativos. Electroencefalograma y radiografía de tórax sin hallazgos. PCR de virus neurotrofos, bioquímica y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo. PCR virus positiva para gripe A. Resonancia magnética cerebral realizada 20 días después: sin hallazgos significativos. **Tratamiento:** Aciclovir y cefotaxima intravenosos durante 2 días hasta resultado de hemocultivo negativo. **Diagnóstico al alta:** Probables crisis focales hemisféricas izquierdas sin alteración del nivel de conciencia. Gripe A. Se pretende reflejar la importancia de una pronta actuación ante la sospecha de síntomas compatibles con isquemia cerebral aguda, tanto en el servicio de Urgencias como en Atención Primaria derivando para valoración de pruebas de imagen. En este caso, la focalidad y alteración en el habla de manera brusca nos alertaron, aunque finalmente el TAC no revelara signos de isquemia/hemorragia cerebral. Aun así la realización de pruebas complementarias es imperante, pues siempre habrá que descartar la patología vascular aguda en paciente con esa sintomatología.

PD-006

UNA GRIPE DE PELÍCULA

Rosillo Martín, C.; Aldana Villamañán, M.; Muñoz Pérez, S.;
García Bermejo, A.; Guzmán Monagas, M.F.; Badillo Navarro, K.;
Parra Cuadrado, E.; Escobar Pirela, H.D.; Navarro Romero, J.P.
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España

Introducción: Históricamente, la máxima incidencia de las infecciones por virus influenzae se registraba entre los meses de diciembre y marzo. Tras la epidemia por virus SARS-COV-2 esta estacionalidad se ha visto modificada apareciendo picos de incidencia entre los meses de febrero y mayo. En atención primaria contamos con test de detección rápida de gripe, algo muy útil ante este cambio en la epidemiología, permitiéndonos así relacionar esta infección con complicaciones poco habituales como presentamos a continuación. **Resumen del caso:** Adolescente de 14 años sin antecedentes de interés, consulta en Atención Primaria por fiebre de 39°C de 24 horas. Test de detección rápida de virus influenzae: positivo para influenzae A. En las siguientes 24 horas presenta desrealización, bradilalia, bradipisia y "sensación de estar como en un sueño", sin alteración del nivel de conciencia. Se remite al hospital. Se realiza analítica con hemograma, bioquímica y gasometría: normales. Tóxicos en orina: negativos. Tomografía axial computarizada craneal y electroencefalograma normales. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo sin alteraciones. Se sospecha de "Síndrome de Alicia en el país de las maravillas". Ingresa en planta con antitérmico y oseltamivir. A las 48 horas presenta mejoría de la clínica neu-

rológica, dándose de alta. **Comentario:** En vista del cambio de estacionalidad de la infección por virus de la gripe, ante pacientes con sintomatología compatible debemos descartarla, aún en aquellos meses donde históricamente existía una baja incidencia. El diagnóstico etiológico precoz en atención primaria mediante los test de antígenos permite relacionar clínica poco habitual con infección por virus influenzae, impactando directamente en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Aunque la infección por gripe sea generalmente un cuadro banal autolimitado, debemos tener en cuenta complicaciones como la descrita.

PD-007

PARÁLISIS FACIAL: NO SIEMPRE ES IDIOPÁTICA

Quintana Cepedal, I.; Varela Pájaro, C.; Crego Rodríguez, L.;
Pisón Marcos, I.; Oiz Urriza, I.; Rey García, S.M.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Caso 1: Paciente de 10 años, parálisis facial periférica tras cuadro catarral de 6 días, dolor al tocar la zona afectada. Caso 2: Paciente de 9 años, COVID-19 desde dos días antes. Acude a Urgencias por parálisis facial periférica desde el inicio de los síntomas catarrales. Caso 3: Paciente de 9 años, parálisis facial periférica, paresia de brazo y dedos del pie, disestesia en cara, dolor en miembro inferior y tinnitus, de presentación en hemicuerpo izquierdo. **Exploración clínica:** Caso 1: Desviación de comisura bucal a la derecha, imposibilidad para cerrar ojo izquierdo, fenómeno de Bell, imposibilidad para elevar ceja izquierda. Grado 4-5 de House-Brackmann. Caso 2: Desviación de comisura bucal a la derecha, cierre incompleto del ojo izquierdo, fenómeno de Bell, escasa movilidad de ceja izquierda. Grado 4. Caso 3: Desviación de comisura bucal a la derecha, cierre incompleto del ojo izquierdo, elevación limitada de hombro izquierdo, anisocoria con midriasis izquierda, reactiva. Fuerza 4/5 en miembros izquierdos. Hipoestesia en pierna izquierda. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En el caso 3: analítica, estudio de líquido cefalorraquídeo, pruebas de imagen, serologías y electroencefalograma con resultados normales; normalización progresiva en pocos días excepto la parálisis facial, que tardó más tiempo en recuperarse. Todos se trataron con corticoides (bolo único-7 días con pauta de descenso), medidas de protección ocular y en el caso 3 con aciclovir. El caso 2 inició recuperación rápida, mientras que en el caso 1 ésta fue más tardía, por lo que se solicitó electroneuromiografía ("pérdida axonal del 55%") y ecografía parotídea (normal). **Conclusiones:** La parálisis facial es una patología frecuente. Puede ser adquirida o congénita. Tiene múltiples etiologías: infecciosa, traumática, neoplásica o infecciosa, siendo ésta la más frecuente, con tendencia a la recuperación completa aunque puede dejar secuelas. Los diagnósticos diferenciales son: infecciones, colesteatoma, sarcoidosis, hipertensión, leucemia, tumores y miopatías.

PD-008

DÉFICIT VISUAL COMO PRIMER SÍNTOMA DE UN TRASTORNO NEUROLÓGICO: LA RETINA COMO UNA VENTANA DEL CEREBRO

Baamonde Andrade, A.; Gutiérrez Rodríguez, A.; Aguilera López, P.; Ramos Lizana, J.; Aguirre Rodríguez, F.J.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Anamnesis: Lactante varón de 4 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, derivado a consulta de Neuro-pediatría desde atención primaria por sospecha de déficit visual. Es valorado previamente por oftalmología donde aprecian palidez en ambos fondos de ojo con vasos adelgazados. **Exploración física:** Buen estado general. No discromías/dismorfias. Pares craneales explorables normales. No seguimiento visual, no nistagmus. Tono normal. ROTs presentes y simétricos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan potenciales evocados visuales (PEV) y electroretinograma (ERG) por sospecha de miopía magna que constatan hipoexcitabilidad de fotorreceptores retinianos. Se completa estudio con RMN craneal objetivando atrofia óptica bilateral e imágenes sugestivas de secuelas de múltiples pequeños infartos en territorios cerebelosos. En sucesivas consultas se advierte retraso generalizado del desarrollo leve, con buena evolución, en seguimiento por atención temprana. Los padres hacen referencia a tres abortos previos (no comentados previamente): una fetolisis programada por malformación de SNC, un embarazo anembrionario y un aborto precoz de causa desconocida. Ante la sospecha de síndrome de Poretti-Boltshau-ser, se solicita secuenciación de gen LAMA1, presentando mutación patológica en homocigosis en dicho gen (OMIM 615960), compatible clínicamente, confirmándose mediante estudio de co-segregación siendo ambos padres portadores en heterocigosis. **Conclusiones:** El síndrome de Poretti-Boltshau-ser (PBS) es un trastorno de herencia autosómica recesiva, descrito recientemente y causado por variantes patológicas en el gen LAMA1 (laminin-1). Se trata de una entidad poco común caracterizada por displasia y quistes cerebelosos, retraso del desarrollo motor y del lenguaje sin afectación muscular y afectación ocular de grado variable (en forma de miopía elevada, distrofia retiniana y anomalías en el movimiento ocular). La relevancia del caso reside en exponer la relación entre sistema nervioso central (SNC) y retina, por tener ambos un origen común derivado del neuroectodermo, que siempre debe alertar al clínico ante una afectación visual por muy banal que parezca.

PD-009

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN LOS ESCOLARES EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19: SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE DOS AÑOS

Gargallo García, L.¹; Martínez Gómez, A.R.²; Arroyo Herrera, C.²; Moraleda Velasco, P.¹; Gargallo Vaamonde, G.¹; Muñoz Muñoz, C.¹; Arenas Cambroner, V.¹; Martínez Heras, M.J.¹; Cerro Guzmán, J.Á.¹; Ramírez Piedrabuena, V.².

¹Centro Salud Almagro, Almagro, España;

²Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

Objetivo: Valorar algunos síntomas de ansiedad en distintas etapas de la pandemia en niños de edad escolar de forma longitudinal a lo largo de dos años. **Sujetos y métodos:** Estudio longitudinal descriptivo mediante encuesta telefónica a los padres de 165 niños de nuestra zona básica de salud (84 niñas y 81 niños) nacidos entre 2008 y 2012, realizadas en julio 2020, abril 2021 y febrero 2022, consistente en 12 ítems seleccionados de la escala de ansiedad SCAS-P de Spence, y una pregunta sobre miedo a coronavirus. Las respuestas se clasificaron en tres categorías: no, poco / algo, y mucho. Para el tratamiento estadístico utilizamos Chi cuadrado. **Resultados:** La tabla I muestra las frecuencias de los síntomas (categoría mucho), ordenados de mayor a menor presencia.

Tabla I.				
	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	Chi (p)
Preocupación por sufrir daño un familiar	74	65	67	—
Preocupación por hacer bien el trabajo	45	52	53	—
Miedo al coronavirus	39	17	16	<0,001
Miedo a separarse de sus padres	35	31	29	—
Preocupación por el dolor y la enfermedad	32	19	26	<0,005
Miedo a la oscuridad	27	15	15	<0,003
Miedo a quedarse solo en casa	24	13	15	<0,003
Preocupaciones en general	23	14	31	<0,007
Miedo a pasar la noche lejos de casa	20	18	11	<0,01
Miedo a dormir solo	19	14	10	—
Preocupación por sufrir daño propio	14	6	9	<0,02

Conclusiones: - La preocupación por sufrir daño un familiar o el miedo a separarse de sus padres son muy frecuentes y no muestran cambios. - El miedo al coronavirus, a la oscuridad, a quedarse solo en casa, a pasar la noche lejos de casa y la preocupación por sufrir algún daño propio, se reducen a la mitad. - Las preocupaciones en general, y en especial realizar bien el trabajo, han aumentado.

PD-010

HEMORRAGIAS INTRACRANEALES TRAS TRAUMATISMO, A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

Aldana Villamañán, M.; Rosillo Martín, C.; Muñoz Pérez, S.; García Bermejo, A.; Guzmán Monagas, M.F.; Badillo Navarro, K.; Parra Cuadrado, E.; Escobar Pirela, H.D.; Navarro Romero, J.P.
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) es un motivo muy frecuente de consulta tanto en atención primaria (AP) como en las urgencias hospitalarias. En la mayoría de los casos son leves y tienen bajo riesgo de lesión cerebral pero tenemos que prestar atención a los signos y síntomas de alarma. Se presentan 3 casos la importancia de lo anterior. **Resumen del caso:** Caso 1. Niño de 2 años. Traumatismo occipital tras caída desde silla con 3 vómitos. Triángulo de evaluación pediátrica (TEP) inestable. Nivel de conciencia fluctuante, Glasgow coma scale (GCS) 12, no cefalohematoma. TAC craneal: hematoma epidural en fosa posterior con efecto masa. Descenso del GCS a 8, intubación orotraqueal. Bomba de fentanilo y midazolam. Traslado a UCIP. Caso 2. Niña de 6 años. Derivada desde AP por 5 vómitos tras traumatismo occipital desde su altura. Cefalea frontal, no cesa con analgesia. TEP estable, GCS 14. TAC craneal: fractura ósea parietotemporal izquierda con hematoma epidural que sugiere resangrado. Metamizol, ondasetrón. Traslado a UCIP. Caso 3. Paciente de 2 años. TCE frontal desde 0,5 m de altura y 4 vómitos. Derivada de AP.

Tendencia a la somnolencia, consciente. No edema ni hematoma frontal. TAC craneal: Hemorragia subaracnoidea en cisuras basales, cisuras de Silvio y surcos convexidad fronto-temporal derecha. Se traslada a UCIP con fluidoterapia iv. **Comentario:** El TCE es una patología muy frecuente en la edad pediátrica, teniendo una distribución bimodal, con un pico en menores de 2 años y otro en pubertad. Son más frecuentes en varones en todos los grupos de edad, siendo más graves cuanto menor es la edad del niño. Desde AP hay que prestar atención a los signos de alarma como son GCS<14, vómitos o signo de Battle por las posibles complicaciones intracraneales que pueden presentar.

PD-011

TRASTORNOS PAROXÍSTICOS: ¿TODO ES EPILEPSIA?

Llorente Sanz, B.; Rodríguez Del Rosario, S.; Goez Sanz, C.; Vega Bayón, M.; López Allúe, L.; Bachiller Luque, R.; Vega Gutiérrez, M. - Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Introducción: Los episodios paroxísticos en la infancia causan un gran temor familiar. Es esencial diferenciar una crisis epiléptica, cuya prevalencia es menor del 1%, de un trastorno paroxístico no epiléptico (TPNE), mucho más frecuente (10%). Se debe prestar especial atención a la pérdida de conciencia, estado postcrítico, movimientos oculares o trastornos del tono asociados. Una buena descripción de los episodios, incluyendo inicio, tipo de movimiento, duración, lugar y momento, desencadenantes o estado posterior permiten el diagnóstico de la mayoría de ellos, evitando pruebas innecesarias al paciente y aliviando la angustia familiar. **Caso clínico:** Niña de 16 meses con correcto desarrollo psicomotor. Los padres consultan por episodios bruscos de movimiento de piernas que temen que sean crisis epilépticas. Al detallar la naturaleza de dichos episodios, manifiestan: episodios autolimitados de 1 minuto de duración, de movimientos rítmicos de flexo-extensión de extremidades inferiores, mientras que con las manos agarra el manillar. No desviación oculocefálica. No movimientos faciales ni bucales asociados. No pérdida de conciencia pero leve ensimismamiento. No presenta síntomas previos y tras episodio recupera estado basal previo, sin somnolencia ni hipotonía. Tienen lugar en la silla de paseo. Exploración física absolutamente normal. Se sospecha de TPNE, por lo que se tranquiliza a los padres y se solicita realización de vídeo, con el que se confirma la sospecha inicial: la paciente presenta un PTNE típico de lactantes, denominado Conductas de autoestimulación o gratificación. Se informa a los padres de benignidad de episodios. **Conclusiones:** Las conductas de gratificación (onanismo) es un tipo de TPNE típica de lactantes. Es esencial una detallada descripción de los episodios, para lo que es de gran ayuda la visualización de vídeos. Ante su hallazgo, se debe informar a los padres de la inocencia y benignidad de estos episodios y la resolución espontánea con cambios posturales o la distracción.

PD-012

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA AL DIAGNÓSTICO

Martín Latorre, M.M.; Machí Castañer, I.; Gutiérrez Rodríguez, A.; Baeza Céspedes, C.; Martínez Espinosa, G.; Aguirre Rodríguez, F.J.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Objetivo: Conocer los motivos de consulta, clínica y exploración al diagnóstico de pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

Población y métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron los casos de Síndrome de Guillain-Barré valorados en Urgencias pediátricas que ingresaron en un hospital de tercer nivel del 1/01/2012 al 31/01/2022. Se recogió: sexo, edad, patología previa, proceso infeccioso previo, vacunación, motivo de consulta, clínica y exploración al diagnóstico. **Resultados:** 14 pacientes se diagnosticaron de esta patología tras su consulta. Edad media 4,74 años (DT 3,46), 42,9% mujeres. Los motivos más frecuentes de consulta al diagnóstico fueron dificultad para deambular (28,6%), debilidad muscular generalizada (21,4%) y dolor en miembros inferiores (21,4%). Como antecedentes personales presentaban alguna patología de base (35,7%), cuadro infeccioso previo (85,7%) y vacunación reciente (7,1%-varicela). Consultaron a los 7,29 días de evolución (DT 12,19). La clínica al diagnóstico fue motora en el 85,7%. Como síntomas acompañantes destacan dolor en muslos (42,9%); parálisis facial (21,4%) e irritabilidad (21,4%). En la exploración física predominaba la hipo-arreflexia en extremidades inferiores (85,8%) y alteración de pares craneales (28,6%). Todos presentaron alteración de la marcha. Ninguno presentó disfunción autonómica en el momento de la consulta. **Conclusiones:** El síndrome de Guillain-Barré es poco frecuente pero es clave su diagnóstico precoz. La dificultad para deambular y la debilidad muscular fueron los motivos principales de consulta de nuestra serie, ambos poco específicos, cobrando importancia la exploración clínica, ya que la mayoría presentaron alteración de reflejos. El dolor, sin afectación de reflejos, hace indispensable el diagnóstico diferencial con otras entidades como la miositis.

DEFENSA 2— Jueves 20

PD-013

COINFECCIONES DE SARS-COV-2 CON GRIPE A Y VRS DETECTADAS EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA

Aparicio Ríos, P.; Sánchez-Villares Lorenzo, C.; De La Calle Cabrera, M.T.; Domínguez Villoria, M.; Martín Fernández, E.; Clavero Esgueva, M.J.; Martín Ruano, J.; San Segundo Nieto, C.; Sánchez Vélez, M.T.; De La Fuente Echeverría, G.
Atención Primaria, Salamanca, España

Introducción y objetivos: Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, ante la previsible llegada de oleadas por VRS y Gripe, fueron muchas las incertidumbres generadas por un posible aumento de la gravedad en las coinfecciones. Los objetivos del estudio fueron: Identificar pacientes con coinfección por SARS-CoV-2 y Gripe o VRS y analizar las características clínicas de los mismos. **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en las consultas de pediatría de Atención Primaria de la provincia de Salamanca entre noviembre 2021 y abril 2022. Se recogió muestra nasofaríngea que fue enviada al servicio de microbiología de referencia realizándose PCR de Gripe A, B, VRS y SARS-CoV-2. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Gerencia de Área. **Resultados:** De los 549 pacientes, 54% varones y 46% mujeres con edades de 1 mes a 14 años (mediana de 3 años), 43 (8%) tuvieron PCR positiva para SARS-CoV-2. De ellos, 11 (26% de los SARS-CoV-2 positivos) presentaron coinfección con Gripe A (36% varones y el 64% mujeres, con edad media de 5,2 años), y 3 (7%) coinfección con VRS (dos varones

y una mujer, edad media de 3,3 años). Entre los pacientes con coinfección con Gripe A, los principales síntomas fueron la fiebre (100%), tos y rinorrea (ambos 91%). Ninguno requirió ingreso y sólo dos tuvieron tratamiento de soporte por laringotraqueo-bronquitis. De los pacientes con coinfección con VRS, todos tuvieron tos y rinorrea y dos de ellos fiebre. Salvo deshidratación en uno de los pacientes, no hubo otras complicaciones. **Conclusiones:** Más de un cuarto de los niños infectados con SARS-CoV-2 presentaron también gripe A, y algunos tuvieron coinfección con VRS. No hemos detectado en nuestra muestra que los niños con coinfecciones presenten un aumento de gravedad.

PD-014

USO DE UN TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE GRIPE EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sánchez-Villares Lorenzo, C.; Aparicio Ríos, P.; Domínguez Villoria, M.; De la Calle Cabrera, M.T.; Estévez Amores, M.J.; López González, M.M.; Martín Martín, J.; Sánchez Jiménez, M.C.; Martín García, J.A.; Pérez Oliva, M.D.
Atención Primaria, Salamanca, España

Introducción y objetivos: La utilización de test de diagnóstico rápido (TDR) de virus respiratorios en Atención Primaria (AP) permite conocer la etiología de infecciones y así disminuir el consumo de antibióticos. Esto es aún más relevante en los meses de ola epidémica de gripe. Los objetivos del estudio fueron comprobar la utilidad en la consulta de AP de TDR para gripe (A y B), comparándolo con los resultados de PCR. **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en AP en Salamanca entre noviembre 2021 y abril 2022. Se recogieron dos muestras nasofaríngeas, una para TDR de VRS, influenza A y B, adenovirus y otra para PCR de virus (gripe A, B, VRS y SARS-CoV-2). Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas. Fue aprobado por el Comité Ético de la Gerencia de Área. **Resultados:** Un total de 549 niños participaron, 95 (17,3%) tuvieron un TDR positivo para Gripe A, mientras que 150 (27,3%) fueron positivos para GRIPE A mediante PCR, siendo la sensibilidad del 54% y la especificidad del 96,9%. El 100% presentaron fiebre y el 89% rinorrea y tos. La estacionalidad de gripe A fue mayoritariamente en marzo 2022, coincidiendo con la disminución de incidencia del COVID-19. Solamente 3 muestras fueron positivas para PCR de Gripe B, ninguna detectada por el TDR, mientras que 20 fueron falsos positivos para gripe B en el TDR. La satisfacción de los padres con el uso del test fue muy alta (84,4%), mientras que para los pediatras fue del 82,2%. **Conclusiones:** El TDR utilizado presentó alta especificidad, pero baja sensibilidad para gripe A, ambas bajas para gripe B. Aun así padres y pediatras mostraron gran satisfacción. Creemos que los TDR serían muy útiles, pero necesitan mejorar la sensibilidad, y ser evaluados con estudios como éste, antes de ser introducidos en la consulta de AP.

PD-015

SÍNDROME DE FREY NO TODO ES ALERGIA

Díez Huerta, A.¹; Martínez Hernández, C.².

¹C.S. Párroco Julio Morate, Madrid, España; ²C.S. Los Yébenes, Madrid, España

El síndrome de Frey o auriculotemporal es una entidad clínica caracterizada por episodios de eritema y ocasionalmente sudoración en el territorio inervado por la rama auriculotemporal.

ral del trigémico, de aparición recurrente tras estímulos gustativos predominantemente ácidos. Poco conocido y del que existe escasa bibliografía, quizá infradiagnosticada. Presentamos dos casos, ambos con clínica similar: aparición de eritema malar unilateral tras ingesta de frutas, en lactantes sin antecedente de parto instrumental, y autolimitados. En los dos el diagnóstico fue clínico, tras adecuada anamnesis. No precisaron ningún tratamiento, pues la resolución es espontánea. **Caso 1:** Lactante de 6 meses, (parto eutócico). Consulta por episodios de eritema en región frontotemporal y malar derecha, que aparecen tras ingesta de frutas, no se asocian a sintomatología sistémica, y desaparecen espontáneamente a los 30 minutos. Se solicitó a los padres que aportaran video de un episodio: sugestivo de Frey. **Caso 2:** Lactante de 6 meses (parto eutócico). Inició episodios de eritema malar con hiperhidrosis asociada tras comenzar ingesta de frutas. Los episodios duraban 30 minutos, no se asociaban a otra clínica, y cedían espontáneamente. El primer episodio fue valorado en Urgencias, sospecharon alergia alimentaria, derivaron a Alergología, y se realizó Prick-prick a frutas, negativo. Los episodios desaparecieron espontáneamente a los dos meses. Visualizando retrospectivamente imágenes aportadas por los padres sugiere Síndrome de Frey. **Conclusiones:** El Síndrome de Frey en Pediatría es una entidad de diagnóstico clínico, no precisa realizar exploraciones complementarias ni requiere tratamiento. Es importante su conocimiento y sospecha en la Consulta de Pediatría de Atención Primaria, a fin de evitar innecesarias derivaciones, exploraciones complementarias y dietas de exclusión, que procederían ante una sospecha de alergia alimentaria.

PD-016

USO DE UN TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE ADENOVIRUS EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Domínguez Villoria, M.¹; De la Calle Cabrera, T.²; Sánchez-Villares Lorenzo, C.³; Aparicio Ríos, P.⁴; Corral Carabias, I.⁵; García Llorente, G.⁵; Ibáñez Beltrán, L.⁵; Sendarrubias Alonso, M.⁶; García García, J.E.⁷; Gutiérrez Marqués, S.⁸.
¹Centro de Salud de San José, Salamanca, España; ²Centro de Salud de Tamames, Salamanca, España; ³Centro de Salud de Ciudad Rodrigo, Salamanca, España; ⁴Centro de Salud de Peñaranda, Salamanca, España; ⁵Centro de Salud de Periurbana Norte, Salamanca, España; ⁶Centro de Salud de Guijuelo, Salamanca, España; ⁷Centro de Salud de Periurbana Sur, Salamanca, España; ⁸Centro de Salud de Béjar, Salamanca, España

Objeto del trabajo: El adenovirus es una causa muy frecuente de infecciones respiratorias sobre todo en niños menores de 5 años. La utilización de test de diagnóstico rápido (TDR) de virus respiratorios en Atención Primaria (AP) permite distinguirlo de estreptococo A y de otros virus. El objetivo de esta parte del estudio fue comprobar la utilidad en la consulta de Pediatría de AP de TDR para adenovirus, comparándolo con los resultados de detección viral por PCR. **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en las consultas de pediatría de AP de la provincia de Salamanca entre noviembre 2021 y abril 2022. Se recogieron dos muestras nasofaríngeas, la primera para TDR de VRS, influenza A y B, adenovirus y la segunda para PCR. La PCR de Adenovirus se realizó solamente en los niños ingresados o aquellos incluidos en la red centinela, en el resto, se utilizó un panel de virus reducido. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Gerencia de Área. **Resultados:** Un total de 549 niños participaron, y 18(3,2%) tuvieron un TDR positivo

para Adenovirus. Solamente se realizó PCR para adenovirus para 62 niños, de los cuales 7 fueron positivos en PCR, uno de ellos había sido positivo en el TDR, lo cual nos proporciona una sensibilidad del 14%. Hubo un falso negativo, así que la especificidad fue del 96,9%. **Conclusiones:** El TDR utilizado presentó alta especificidad, pero muy baja sensibilidad para el diagnóstico de adenovirus. No hemos recogido ningún momento de alta prevalencia de infecciones por adenovirus en el periodo de nuestro estudio, y el tamaño muestral es pequeño debido al alto coste del panel completo de virus. Necesitamos TDRs con mejor sensibilidad, y más estudios como éste, antes de introducirlos en la consulta de AP.

PD-017

NO TODA HIPERGLUCEMIA ES DIABETES MELLITUS 1. CARACTERÍSTICAS ORIENTATIVAS DE DIABETES MODY EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mosquera Froufe, M.; Garrido, M.; Pérez, M.P.; Hernández, S.; Martín, J.; Sánchez, P.; Bajo, A.F.; Martín, M.M.
 Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objetivo: Las causas de hiperglucemia son muy variadas y aunque la principal causa de diabetes en edad pediátrica es la tipo 1, es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios que puedan conllevar estigmas y complicaciones para el paciente. **Material y métodos:** Revisión de la bibliografía más actual sobre diabetes MODY en edad pediátrica en la base de datos de pubmed con la búsqueda de "MODY paediatric". **Resultados:** Ante un paciente con hiperglucemia y antecedentes familiares de alteración de metabolismo hidrocarbonado, junto con características atípicas de DM1 (autoinmunidad negativa, curso no progresivo, ausencia de cetosis si omite el tratamiento) es importante pensar en diabetes tipo MODY. Los principales tipos de MODY en la edad pediátrica son la MODY 2 y 3. La MODY 2 se caracteriza por hiperglucemia leve estable en ausencia de sintomatología y sin glucosuria, mientras que la MODY 3 se caracteriza por ser asintomática y presentar glucosuria con normoglucemia en los primeros años, progresando posteriormente y con riesgo de complicaciones micro y macroangiopáticas a largo plazo. También puede hacer sugerente el diagnóstico de MODY la necesidad de dosis muy bajas de insulina tras varios años del debut, pasado el periodo de luna de miel y la persistencia de niveles detectables de péptido C. **Conclusiones:** Es muy importante prestar atención a los antecedentes familiares y la presencia de signos atípicos tanto en el diagnóstico como en la evolución de la diabetes que hagan probable el diagnóstico de diabetes MODY, dado que conllevaría un cambio en el tratamiento y precisará consejo genético. Una adecuada anamnesis y el seguimiento de los pacientes con hiperglucemia pueden orientar la sospecha clínica de los pacientes derivados al ámbito hospitalario.

PD-018

ALOPECIA EN NIÑA CELIACA, NO SIEMPRE HAY QUE PENSAR MAL

López Monge, D.; Herranz Llorente, M.; Hidalgo Cáceres, P.; González Dastis, I.; De León Porras, M.; Pallares Suárez, A.; Pérez García, S.; De Juan Font, M.; Benítez, J.; Rodríguez, V.
 Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

El síndrome del cabello anágeno suelto (SCAS) es un tipo de alopecia infantil caracterizado por la extracción fácil e indolora del cabello. Se identifica un cabello débil, delgado, opaco e inmanejable, siendo más frecuente en niñas entre los 2 y 5 años. La enfermedad celiaca constituye una de las patologías crónicas digestivas más frecuentes en la edad pediátrica, su presentación clínica es amplia, incluyendo malnutrición, anemia y por lo tanto alteraciones de la piel, dentición y del cabello. Presentamos niña de 3 años que acude por caída de pelo y apariencia diferente a su cabello normal. Presenta pelo ralo, sin zonas claras de alopecia, siendo el resto de la exploración física normal. Entre sus antecedentes personales es celiaca con seguimiento en consultas de digestivo y con buen control hasta ahora. En el abordaje de la alopecia de esta niña se solicita analítica incluyendo hemograma, bioquímica general, anticuerpos antinucleares, hormonas tiroideas y anticuerpos de celiacía. La madre niega actitudes de tricotilomanía. Recibimos todo el estudio de primer nivel solicitado siendo éste normal salvo ferritina 12 µ/L, por lo que se inicia tratamiento con biotina, hierro oral y derivación a consultas de dermatología. En Dermatología se realiza tricoscopia que muestra cabellos anágenos que se desprenden con tracción indolora. Se diagnostica de SCAS y se comienza tratamiento con minoxidil 2% y se indican lavados con ketoconazol 2% y champú para cabello debilitado. La paciente presenta una evolución lenta pero positiva con resolución del cuadro en los tres años posteriores. Aunque es esencial en un niño celiaco con alopecia descartar las posibles transgresiones dietéticas, hay que hacer siempre un estudio de primer nivel y tener en cuenta SCAS como causa común de alopecia infantil. El SCAS es un proceso benigno y autolimitado por lo que tranquilizar a los padres acerca del proceso es imprescindible.

PD-019

QUERATODERMIA ACUAGÉNICA, UNA AFECTACIÓN PECULIAR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

González García, L.; Albañil Ballesteros, M.R.; Ferreiro González, D.; Pacheco, M. - Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

La queratodermia acuagénica es una afectación dermatológica adquirida poco frecuente caracterizada por la aparición en palmas o plantas de pápulo-máculas blanquecinas o traslúcidas de aspecto edematoso y macerado, que aparecen tras el contacto con el agua y que desaparecen al poco tiempo después del secado. Se presentan dos casos de queratodermia acuagénica, que afectan a una niña de 8 años con antecedente de alergia a proteínas de la leche de vaca en la primera infancia y a un niño de 7 años sin antecedentes de interés. Ambos presentan a la exploración física múltiples pápulas blanquecinas con aumento de los pliegues palmares al sumergir las manos en agua, que desaparecen a los pocos minutos del secado de las mismas. Así mismo, asociaban dolor urente. La queratodermia acuagénica es un raro trastorno que afecta predominantemente a mujeres jóvenes y que se diagnostica mediante la clínica, sin precisar de estudio anatomopatológico. Sin embargo, como prueba complementaria, es importante la realización de test del sudor y, si precisa, estudio genético para despistaje de fibrosis quística, dada su posible relación con la queratodermia acuagénica. En los casos presentados se realizó test del sudor, con resultados dentro de los parámetros de la normalidad, y se solicitó estudio genético, pendiente de realizar. En el caso de la primera paciente

la afectación cutánea tuvo un curso autolimitado. En ninguno de los casos se pautó tratamiento farmacológico. En la actualidad no se ha demostrado la efectividad de ningún fármaco para el manejo de estas lesiones, si bien en adultos se plantea el tratamiento con infiltraciones de toxina botulínica.

PD-020

PUBARQUIA PRECOZ COMO PRIMER SIGNO DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA

Marín Rodero, J.; Alcalde, M.; Fernández, S.; Rodríguez Campos, C. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Anamnesis: Niña de 7 años que es traída por sus padres a la consulta de su pediatra de Atención Primaria por observarle vello púbico desde hace unos días. Niegan aparición de olor corporal. Se revisan sus curvas de crecimiento manteniendo su percentil. **Exploración clínica:** Cabeza y cuello: No vello a nivel facial ni comedones. No aumento de la glándula tiroidea. No botón mamario. No vello axilar. Abdomen: blando y sin hallazgos. Genitales femeninos: vello púbico en monte pubiano (Tanner 2). No hipertrofia en clítoris. Piel sin hallazgos. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Debido al hallazgo de pubarquia se solicita una radiografía para valorar edad ósea, objetivándose una edad correspondiente a 8 años y 10 meses. Dado este aumento, se completa estudio con analítica incluyendo niveles de 17-OH-Progesterona y DHEAS en suero. Se obtiene cifras de 19,89 ng/ml (0,1 - 4) y 138 µg/dl (13-68) respectivamente. Ante estos hallazgos, se deriva a Endocrinología Infantil con sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita no clásica. Finalmente, desde Endocrinología se confirma el diagnóstico y comienzan tratamiento con hidrocortisona. Se solicita estudio genético, siendo ambos progenitores portadores de una mutación en heterocigosis de 21- hidroxilasa. Actualmente en seguimiento, sin otras repercusiones clínicas. **Conclusiones:** La hiperplasia suprarrenal congénita es una enfermedad producida por defecto en una de las enzimas necesarias para la síntesis del cortisol en la glándula suprarrenal. La causa más frecuente es el déficit de 21 hidroxilasa. En la forma no clásica el déficit es parcial presentando manifestaciones clínicas tardíamente, siendo la pubarquia uno de los signos iniciales frecuente. Por ende, quiero destacar la importancia del seguimiento estrecho en Atención Primaria para la detección temprana de variaciones de la normalidad y alteraciones del desarrollo.

PD-021

ESTUDIO CLÍNICO EMOCIONAL Y DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE DOS PRODUCTOS PEDIÁTRICOS: GEL ÍNTIMO Y CREMA VULVAR

Conte Visús, L.; Trabacchi, M.; De Monserrat Vallvé, R.; Serra Baldrich, N.; Marín De Pablo, A. LETI Pharma S.L.U., Barcelona, España

Objetivo: Evaluar la tolerancia, la recurrencia en vulvitis/vulvovaginitis, la eficacia subjetiva, el aspecto emocional, la calidad de vida y la aceptabilidad de un gel íntimo y una crema vulvar, en niñas con tendencia a padecer vulvitis/vulvovaginitis frecuentes y recurrentes, irritación, prurito, malestar..., en la zona vulvar. **Material y métodos:** Se evaluaron 32 niñas entre 2-12 años, con tendencia a sufrir vulvitis/vulvovaginitis frecuentes

y recurrentes, irritación, picor, malestar..., en la zona vulvar, pero que no presentaban vulvitis/vulvovaginitis, inflamación o infección en el inicio del estudio. En el último año 4-6 episodios de vulvitis/vulvovaginitis y en los 2 últimos meses 1 episodio. Evaluaciones de padres y pediatra a día 0 y 60. Modo de uso: limpiar diariamente la zona vulvar con el gel, aclarar, secar y aplicar la crema. Tolerancia evaluada por el pediatra. **Resultados:** En los 2 meses anteriores al inicio del estudio, las niñas tuvieron 1-3 episodios de vulvitis/vulvovaginitis con una duración de 2-4 días, intensidad ligera/severa. 0 episodios durante el estudio. Evaluaciones padres: El 100% de padres observaron la zona vulvar sin irritación/rojez. El 90% indicaron que la niña usaba o preguntaba para usar los productos sin necesidad de recordárselo. El 71% de las niñas con problemas para quedarse dormidas, consiguieron conciliar el sueño en menos de 15 min. El 87% durmieron sin alteraciones significativas del sueño. El 96% pudieron realizar, sin problemas, actividades como jugar y nadar, el 88% pudieron disfrutar de las actividades en familia y en el 82% les mejoró el humor. En el 93% desaparecieron las molestias al orinar y ya no identificaban el momento de vestirse/desvestirse como incómodo. El 100% no presentaron problemas al comer. Muy buena tolerancia. **Conclusiones:** El uso diario de ambos productos, ayuda a disminuir la recurrencia de episodios de vulvitis/vulvovaginitis y mejora la calidad de vida de las niñas.

PD-022 ACONDROPLASIA: PRIMEROS PASOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

López Monge, D.; Herranz Llorente, M.; López Becerra, Y.; Blanco Borreguero, J.M.; Pallares Suárez, A.; González Dastis, I.; De Juan Font, M.; García Pérez, S.; Hidalgo Cáceres, P.; De León Porras, M. - Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

La acondroplasia es la displasia ósea no letal más frecuente, siendo la principal causa de enanismo. Su etiología es de origen cromosómico autosómico dominante o por una mutación "de novo" en el gen codificador del factor de crecimiento fibroblástico (FGFR3). Provoca el acortamiento de los huesos largos de forma simétrica, lo que genera un crecimiento inarmónico del cuerpo. Presentamos a una recién nacida pretérmino de 36 semanas cuya antropometría es la siguiente: peso 2565 kg (p7), perímetro cefálico 36 cm (p97) y longitud 41 cm (p<1). Exploración normal, salvo macrocefalia y desproporción de extremidades. Se solicita estudio genético, donde se objetiva mutación del gen FGFR3, diagnosticando a la paciente de acondroplasia. Desde atención primaria, recomendamos contactar con fundación Alpe, se realizan controles somatométricos seriadados ajustados con curvas específicas a su patología y se comienza despistaje de comorbilidades metabólicas. Derivamos a las distintas especialidades: rehabilitación, logopedia, otorrinolaringología, neurocirugía y neurofisiología que realizan un abordaje y seguimiento de las distintas complicaciones asociadas. Iniciamos seguimiento estrecho del desarrollo motriz, social y del lenguaje, así como la valoración de dependencia con el índice de Barthel, valorándose como dependencia severa en relación a la adaptación ergonómica de los espacios y del mobiliario. A los 8 años la niña presentó según gráficas específicas obesidad, por lo que se comienza intervención individual para la obesidad, haciendo hincapié en la alimentación y en aumentar actividad física adaptada a su patología, consiguiendo actualmente estar

en normopeso. Actualmente gracias a la gran motivación de la familia y a la tenacidad de la niña, la paciente lleva una vida prácticamente normal con las adaptaciones necesarias. La acondroplasia presenta importante morbimortalidad en la infancia. Un adecuado abordaje evolutivo desde atención primaria y la pronta interconsulta a las diferentes especialidades tiene efectos realmente positivos para el normal desarrollo de estos pacientes.

PD-023 LO QUE LA TIBIA ESCONDE

De Pablo García, M.¹; Escalona Gil, A.M.¹; Martín Galache, M.¹; San Segundo Nieto, C.²; Sánchez Rodríguez, P.¹; Garrido Martín, M.¹.

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

²Centro de Atención Primaria Garrido Sur, Salamanca, España

Anamnesis: Paciente mujer de 15 días de vida que acude a nuestro centro de salud para la primera consulta neonatal. Antecedentes personales sin interés reseñable. **Exploración clínica:** Se aprecia incurvación anterolateral de la tibia derecha, así como múltiples manchas café con leche, de diferentes diámetros, algunas de ellas lanceoladas; localizadas principalmente en tórax y abdomen. Resto de la exploración física sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante nuestra sospecha de neurofibromatosis tipo I derivamos a la paciente a los siguientes servicios hospitalarios: - Traumatología: recomiendan observación y colocación de órtesis previa al inicio de la deambulacion. Confirman el diagnóstico de pseudoartrosis congénita de tibia y peroné derechos mediante radiografía simple. - Oftalmología: no se aprecian nódulos de Lisch ni otras alteraciones a nivel ocular. - Dermatología: hallazgos dérmicos compatibles con NF1. - Neurología: se solicita RMN (sin datos compatibles con NF1) y estudio genético, donde se identifica una mutación variante missense en heterocigosis que cumple los criterios de patogenicidad del American College of Medical Genetics and Genomics: NM_001042492,3:c.1466A>G (p. Tyr489Cys). **Conclusiones:** La neurofibromatosis tipo I constituye una enfermedad de afectación multisistémica y herencia autosómica dominante (gen NF1 17q11,2). Aproximadamente, el 50% de los casos diagnosticados corresponden a mutaciones de novo. Las manchas café con leche constituyen el signo más frecuente de la enfermedad, aunque no son exclusivas de ésta. La pseudoartrosis congénita de tibia constituye una afectación poco frecuente de la neurofibromatosis y cuya presencia debe ponernos en alerta para sospechar la enfermedad. Dado que no existe un tratamiento efectivo, el diagnóstico precoz resulta imprescindible para un correcto manejo sintomático de las complicaciones y mejora del pronóstico.

PD-024 PANADIZO HERPÉTICO: CUANDO LA HISTORIA CLÍNICA Y LA EXPLORACIÓN SON SUFICIENTES

Tomás Quesada, Á.; Macías García, M.; González De Val, M.C. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 5 años que acude a consulta de atención primaria por presencia de lesiones en tercer dedo de la mano derecha levemente dolorosas de 18 horas de evolución, según refería la madre. En el momento actual la paciente presenta afebril durante las últimas 48 horas, no asocia sintoma-

tología respiratoria, gastrointestinal ni genitourinaria. Buena tolerancia oral. La paciente había sido valorada 5 días antes en urgencias del hospital de referencia por presencia de lesiones vesiculosas en mucosa labial y encía superior, acompañada de fiebre de 38,5°C y rechazo parcial de la ingesta por dolor, clínica que había comenzado unas 36 horas antes. La paciente había sido dada de alta con diagnóstico de gingivostomatitis herpética y tratamiento con aciclovir oral, analgesia y spray de ácido hialurónico. **Exploración clínica:** Buen estado general, normocoloreada e hidratada. Presencia de varias lesiones vesiculosas sobre base eritematosa agrupadas en zona dorsal y lateral del tercer dedo de la mano derecha, con presencia de zona costrosa en zona dorsal. No signos de sobreinfección. Impresiona de doloroso a la palpación. Presencia de varias aftas en zona labial y gingival superior en resolución, no presencia de vesículas ni signos de sobreinfección. Resto exploración sin hallazgos. **Procedimiento diagnóstico y terapéutico:** Dada la historia y presentación clínica típica de panadizo herpético no se realizaron pruebas complementarias y se decidió añadir al tratamiento Aciclovir tópico 5% durante una semana. La paciente evolucionó favorablemente, con mejoría paulatina de la clínica muco-cutánea y desaparición casi completa en 10 días. **Conclusiones:** El tratamiento con aciclovir tópico puede acortar la sintomatología y el tiempo de contagio si se administra en las primeras 24 horas del inicio de la sintomatología. En casos seleccionados puede ser útil el uso de aciclovir oral, aunque debemos limitar su uso ya que no siempre es necesario, pudiendo causar efectos secundarios.

DEFENSA 3 – Jueves 20

PD-025

HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE CON BRONCOESPASMOS RECURRENTES

Torres Díaz, M.¹; Naranjo Vivas, D.¹; Jiménez Tejada, L.¹; Lechón Caballero, M.C.¹; Polo Moreno, J.¹; Panduro Romero, L.¹; Melitón Carrasco, J.A.¹; Roco Rosa, M.¹; García Matamoros, L.²; Leo Canzobre, M.P.³.

¹Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España; ²Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España; ³Centro De Salud El Progreso, Badajoz, España

Niña de 12 meses que consulta por tos y mocos de 10 días de evolución, con fiebre en las últimas 12 horas. No otra clínica acompañante. No ambiente epidémico familiar. Como antecedentes de interés, dermatitis atópica y broncoespasmos de repetición, que precisan con frecuencia corticoterapia sistémica e ingreso hospitalario. Madre con asma estacional y fumadora, abuela materna asmática. SatO₂ 100%, frecuencia respiratoria 35-40 rpm. Bien hidratada y perfundida. Tiraje subcostal, intercostal y supraesternal, no aleteo nasal. Auscultación pulmonar: hipoventilación en base pulmonar izquierda, roncus dispersos y sibilancias teleespiratorias. Resto de la exploración sin hallazgos de interés. Test antigénico SARS-CoV2 negativo y PCR virus respiratorios Influenza A/H3 y Adenovirus positivos. En radiografía de tórax, elevación del margen posterior del hemidiafragma izquierdo con ascenso de asas intestinales y probablemente del bazo. Sugestivo de hernia diafragmática de Bochdalek vs parálisis/eventración diafragmática. Leve engrosamiento del intersticio broncovascular perihiliar bilateral, predominantemente izquierdo, sin consolidaciones pulmonares.

La paciente precisó ingreso hospitalario, con broncodilatadores inhalados y corticoterapia sistémica a 2 mg/kg/día además de oxígeno suplementario. Evolución favorable, leve hipoventilación en campo inferior hemitórax izquierdo al alta. Valorada por Cirugía Pediátrica pendiente de completar estudio y de valoración por Neumología Infantil. La hernia diafragmática congénita suele ser posterolateral izquierda. Puede provocar síntomas respiratorios, gastrointestinales o ambos, según la viscera herniada. La parálisis diafragmática unilateral es una causa poco frecuente de distrés respiratorio. Suele ser debido a lesión del nervio frénico. El inicio de síntomas es variable y en muy raras ocasiones precisa cirugía. La eventración diafragmática es la elevación patológica del diafragma, sin solución de continuidad. Puede ser congénita (aplasia fibras musculares) o adquirida (lesión nervio frénico o plexo braquial). El diafragma afuncional realiza un movimiento paradójico, llegando a provocar compresión pulmonar e hipoplasia secundaria. Los pacientes sintomáticos precisarán tratamiento quirúrgico.

PD-026

TUBERCULOSIS INFANTIL: UN CASO CLÍNICO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

González De Val, M.C.; Abreu Fernández, C.; Tomás Quesada, Á.; Praena Crespo, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: El diagnóstico de la tuberculosis en la infancia es complejo considerando la gran variabilidad de presentación clínica y la dificultad de aislamiento microbiológico. Los niños menores de 2 años presentan el mayor riesgo de progresión de primoinfección a enfermedad. Es fundamental el diagnóstico precoz para iniciar rápidamente el tratamiento. **Resumen del caso:** **Antecedentes personales:** Sibilancias recurrentes con índice predictivo de asma (IPA) positivo (padre con asma). Varón de 13 meses que consulta por disnea, tos y fiebre con sibilancias e hipoventilación generalizadas en la auscultación pulmonar, que se cataloga como crisis de broncoespasmo moderado. Se administra salbutamol con cámara espaciadora y corticoterapia oral con buena respuesta. En la reevaluación de la auscultación destaca hipoventilación marcada en base pulmonar derecha, por lo que se solicita radiografía de tórax que muestra condensación parahiliar derecha con borramiento de silueta cardiaca. Se añade al tratamiento amoxicilina y azitromicina. En el control clínico a las tres semanas está afebril pero persiste la tos y en la auscultación pulmonar permanece la hipoventilación en base derecha por lo que se solicita radiografía de tórax de control que muestra imagen de condensación en LMD, mayor que en controles previos, y derrame pleural derecho. Se decide ingreso por sospecha de enfermedad tuberculosa que es confirmada con Mantoux positivo y en muestra de aspirado gástrico PCR positiva a *Mycobacterium tuberculosis complex* sensible a isoniazida y rifampicina. Se inicia tratamiento antituberculoso con tres fármacos. **Conclusiones:** El seguimiento clínico en atención primaria de un paciente con sibilancias recurrentes que se presenta con una crisis de broncoespasmo, auscultación atípica que motiva a realizar una radiografía que muestra una imagen de condensación sugerente de neumonía con fracaso del tratamiento para una neumonía de la comunidad con evolución radiológica inesperada, ha permitido llegar al diagnóstico de enfermedad tuberculosa.

PD-027 LARINGOESPASMO TRAS ADMINISTRACIÓN DE BENZODIACEPINAS

Farrona Villalba, A.; Díaz Méndez, I.; Palacios Fernández, N.;
Raya Tejero, C.; Puyana Rodríguez, J.M.; Bermejo Rodríguez, I.M.;
Torres Díaz, M.; Polo Moreno, J.; Del Castillo Navío, E.;
Delgado Cardoso, M.
Hospital Materno Infantil, Badajoz, España

Anamnesis: Niña de 5 años llevada al servicio de urgencias por crisis de ausencia con desviación de la mirada a la izquierda, pérdida de control de esfínteres e hipotonía. Habían administrado previamente 5 mg de midazolam sublingual en domicilio. Tras 10 minutos del inicio de la crisis, a su llegada al centro de salud, esta persiste, por lo que se decide administrar diazepam intravenoso e iniciar oxigenoterapia convencional. Unos minutos después, la crisis cede, pero reaparece a los pocos segundos e inicia estridor inspiratorio y desaturación. Se administran 5 mg de adrenalina nebulizada y metilprednisolona a 1,5 mg/kg. Tras mejorar el estridor y la hipoxemia, persiste la crisis y presenta vómitos, por lo que finalmente se decide intubación. Presentó espasmo glótico en el mes previo, tras administración de benzodiacepina intravenosa por crisis febril. **Exploración física:** SatO₂ 90%. Tª 36,9°C. FC 129 lpm. TA 118/69. TEP inestable. Mirada fija, pupilas medias reactivas. Rigidez mandibular y falta de respuesta a estímulos. Palidez cutánea. Respiración espontánea, estridor inspiratorio. AP: hipoventilación generalizada, sin ruidos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras objetivar laringoespasmo, se administran 5 mg de adrenalina nebulizada y dosis de metilprednisolona intravenosa a 1,5 mg/kg. **Conclusiones:** - Las benzodiacepinas pueden producir depresión respiratoria, sobre todo a dosis altas, en administración intravenosa y al administrarse conjuntamente con otros fármacos depresores del SNC. - El espasmo glótico es uno de los efectos adversos más importantes, aunque poco frecuente, de las benzodiacepinas. Hay que tenerlo en cuenta en pacientes con crisis convulsiva en la que se administren varias dosis, sobre todo si han padecido la misma situación previamente. - Es importante disponer de un equipo de reanimación y personal entrenado en el momento de administrar benzodiacepinas, por la posibilidad de necesidad de intubación rápida y cuidados intensivos.

PD-028 INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN ¿QUÉ HAY DETRÁS?

Lechón Caballero, M.C.; Gil Poch, E.; Roco Rosa, M.; Melitón Carrasco, J.A.; Panduro Moreno, L.; Torres Díaz, M.; Polo Moreno, J.; Acero Cerro, C.V.
Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España

Las infecciones respiratorias de repetición son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, en ocasiones acompañadas de diferente sintomatología, siendo necesario un abordaje integral del paciente. Es fundamental una anamnesis y una exploración física detalladas para guiar el diagnóstico. Se presenta una lactante de 18 meses que presenta episodios de diarrea intermitente desde los 4 meses de edad, asociados a infecciones respiratorias de vías altas y broncoespasmos de repetición por asistencia a guardería. En tratamiento de mantenimiento con corticoide inhalado. En la exploración física des-

taca estancamiento ponderal, discreta palidez cutáneo-mucosa y estertores pulmonares diseminados. La palpación abdominal es normal. Se inicia estudio por diarrea crónica, obteniéndose una serología para enfermedad celiaca positiva con tipaje HLA. Se inicia dieta exenta de gluten, con resolución de la clínica gastrointestinal, así como mejoría de la curva ponderal y disminución significativa de los cuadros de broncoespasmo, pudiendo retirar el tratamiento con corticoide inhalado. Como conclusión, la patología respiratoria y digestiva común en un lactante, pueden ser causa de múltiples enfermedades crónicas y tratables. La enfermedad celiaca se ha asociado con múltiples alteraciones multisistémicas en los primeros años de vida, no sólo con la clásica clínica gastrointestinal. Existen estudios que relacionan las infecciones respiratorias de repetición en los primeros seis meses de vida con un aumento del riesgo de desarrollar enfermedad celiaca.

PD-029 MÁS ALLÁ DE LA BRONQUIOLITIS: DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL LACTANTE

Medina Bethencourt, M.; Andrade Díaz, C.; Lanero Olivencia, B.; Macías García, M.; García Díaz, F.J.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Lactante varón de 1 mes de vida que consulta en urgencias por cuadro catarral de 4 días de evolución que asocia dificultad respiratoria en las últimas 24 horas. A la exploración: regular estado general, piel reticulada y moderado tiraje intercostal y subcostal. Saturación de oxígeno 93-95% y polipnea de 70 respiraciones por minuto. A la auscultación cardiopulmonar presenta hipoventilación generalizada con sibilancias y subcrepitantes bilaterales. Escala Tal modificada: 8 puntos. **Pruebas complementarias:** - Frotis nasofaríngeo: SARS-COV-2 y rinovirus positivos. - Analítica: leucocitosis de 13750 leucocitos/mm³. Proteína C reactiva 75 mg/L. Procalcitonina 2,2 ng/ml. - Radiografía de tórax: infiltrado intersticial con incremento de densidad parenquimatosa bilateral. Imagen redondeada e hipodensa en lóbulo superior izquierdo (LSI) que sugiere incremento de aireación. El paciente sufre empeoramiento progresivo de la dificultad respiratoria, precisando oxigenoterapia de alto flujo. Ante la necesidad de escalar soporte respiratorio, se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos para ventilación mecánica. Se realiza Tomografía computerizada donde se objetivan hallazgos sugestivos de hiperinsuflación/enfisema lobar congénito del LSI. Tras la estabilización del paciente se realiza lobectomía pulmonar con mejoría clínica significativa. **Conclusiones:** - El enfisema lobar congénito es una malformación congénita pulmonar que consiste en la hiperinsuflación de un lóbulo con la compresión del parénquima pulmonar adyacente y el desplazamiento del mediastino. - Predominio de género masculino y su localización más frecuente es el lóbulo superior izquierdo. - El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras malformaciones congénitas: hernia diafragmática, neumotórax y enfermedades infecciosas que cursen con dificultad respiratoria como la bronquiolitis. - En pacientes asintomáticos o con mínimo distrés respiratorio puede optarse por un manejo conservador. No obstante, en pacientes con síntomas severos la lobectomía sería el tratamiento de elección.

PD-030

URTICARIA CRÓNICA Y ENFERMEDAD CELIACA

Pérez Arnáiz, L.¹; Gonzalo San Esteban, A.¹; Calleja Ibáñez, M.¹; Gil Calderón, F.J.¹; López Salas, E.¹; Mañaricua Arnáiz, A.¹; Barbadillo Mariscal, B.¹; Pérez Salas, S.¹; San José Calleja, N.²; Domínguez Sánchez, P.¹. - ¹Hospital Universitario, Burgos, España; ²Centro de Salud Las Huelgas, Burgos, Burgos, España

Anamnesis: Niña de 10 años valorada por episodios de urticaria crónica generalizada de mes y medio de evolución. En tratamiento actual con cetiricina. No refería ejercicio previo, toma de medicamentos o alimentos ni clínica infecciosa intercurrente. No vómitos, deposiciones normales. Refería episodios de abdominalgia puntual leve dos o tres veces al mes. Adecuada ganancia ponderoestatural. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. **Exploración física:** En la exploración física destaca lesiones papulares rosadas tipo habón generalizados y confluentes, junto con varios episodios de angioedema y edema palpebral bilateral, siendo el resto de exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea incluyendo hemograma, bioquímica, función tiroidea, inmunológica y anticuerpos antitransglutaminasa (ATG) destacando IgA ATG > 200 UA/ml, IgA: 62 UA/ml y anticuerpos Antiendomiso positivos 1/160. Se deriva a consultas de alergología y gastroenterología infantil donde se realiza estudio genético con HLA DQ2,5 positivo en heterocigosis, es diagnosticada de enfermedad celiaca según los criterios de la ESPGHAN. Se inicia dieta sin gluten con reducción progresiva de la cifra de anticuerpos y desaparición de los episodios de urticaria. **Conclusiones:** La urticaria crónica tiene una prevalencia del 1,68% en población pediátrica, siendo más frecuente la forma idiopática. La enfermedad celiaca afecta a individuos predispuestos genéticamente (HLA DQ2/DQ8), relacionándose frecuentemente con otros trastornos inmunológicos como tiroiditis autoinmune, urticaria crónica o diabetes tipo 1 entre otras. Nuestra paciente presentaba clínica de urticaria crónica sin manifestaciones sugerentes de enfermedad celiaca. El comportamiento de la sintomatología cutánea evolucionó de forma paralela a los marcadores serológicos de enfermedad celiaca. Respecto a la asociación de estas dos entidades, se ha postulado que el aumento de permeabilidad intestinal debido a la inflamación de la EC permite el paso de antígenos y la formación de inmunocomplejos a la sangre, lo que se considera implicado en la patogénesis de la urticaria.

PD-031

MENINGITIS POR GERMEN ENCAPSULADO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

Muñoz López, C.; Zhriki Zahinos, N.; Pareja Grande, J.; Saucos Martínez, E.; Acero García de la Santa, L.; Raya Pérez, I.; Tomás Soldevilla, B.; García Cabezas, M.A.
Hospital General, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niño de 8 años sin antecedentes personales de interés que es traído a urgencias por fiebre de 6 horas de evolución con disminución del nivel de conciencia. **Exploración clínica:** Frecuencia cardíaca: 85 lpm. Tensión arterial: 110/60 mmHg. Saturación de oxígeno 100%. Frecuencia respiratoria 40 rpm. Mal estado general. Mala perfusión periférica, frialdad generalizada. Trismus, respuesta al dolor con apertura ocular, no respuesta verbal, no respuestas motoras anómalas, temblor

generalizado. Glasgow 6. Rigidez de nuca, signos menígeos positivos. Patrón respiratorio normal. Abdomen blando y depresible. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza TAC cerebral urgente con hallazgos de pansinusitis y ligero aumento de las astas temporales de los ventrículos laterales. Electrocardiograma, analítica de orina y radiografía de tórax normales. Electroencefalograma con datos de encefalopatía moderada-severa no epiléptica. Analítica con leucocitosis franca con predominio de neutrófilos, amonio, función hepática y renal normales. Se realiza punción lumbar y en el líquido cefalorraquídeo (LCR) se objetiva; leucocitos 4.840/mcl (98% segmentados), glucosa 3 mg/dl, proteínas 1.412 mg/dl, ADA 9,8 U/l. En el gram se observan multitud de bacterias cocos gram positivos. Tanto en el hemocultivo como en el cultivo de LCR se aísla: *Haemophilus influenzae* capsulado tipo A. Preciso antibiótico durante dos meses para su total erradicación. Ante una presentación atípica de meningitis se decide realizar estudio inmunológico donde se objetiva un déficit de C2 y de CH50. **Conclusiones:** Las inmunodeficiencias primarias (IDP) constituyen un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios ocasionados por defectos en la función del sistema inmunológico. Su prevalencia es 1:2.000 nacidos vivos. Las inmunodeficiencias por defectos en la cascada del complemento constituyen unos de los principales grupos de inmunodeficiencias primarias, representando un 10%. Pueden aparecer a cualquier edad y se debe de tener un alto índice de sospecha diagnóstica en casos de niños correctamente vacunados que presenten infecciones por gérmenes encapsulados.

PD-032

AFTOSIS ORAL Y GENITAL EN LA INFANCIA: SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE BEHCET

Barbadillo Mariscal, B.; Mañaricua Arnáiz, A.; Pérez Arnáiz, L.; Gil Calderón, J.; Gonzalo San Esteban, A.; López Salas, E.; Calleja Ibáñez, M. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Anamnesis: Niña de 11 años con aftosis oral desde el año de vida, episodios recurrentes de abdominalgia en la infancia y episodio de visión borrosa con disminución de la agudeza visual a los 9 años de edad. Acude por úlcera genital muy dolorosa que no responde a Fucidine. Relata episodio similar seis meses antes con aparición de úlcera en labios mayores de menor tamaño y dolor, autolimitada. Madre con aftosis orales recurrentes. **Exploración clínica:** Tres aftas yugales de 5 mm con borde eritematoso sin lesiones cicatriciales en mucosa oral. Úlcera genital en labio menor izquierdo (2 x 3,5 cm) profunda, dolorosa al roce y una lesión cicatricial en labio mayor ipsilateral de 0,5 x 1 cm. El resto de la exploración es normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se extrae cultivo de exudado de úlcera genital, negativo para virus y bacterias y se completa estudio con analítica sanguínea incluyendo hemograma, bioquímica, proteinograma, estudio de inmunidad y serologías. Elevación de PCR y VSG como único hallazgo de interés. Pese a la normalidad del estudio, incluyendo HLA-B51 (asociado a enfermedad de Behcet en el 44% de casos), persiste sospecha clínica y se realiza interconsulta a Reumatología y Oftalmología, descartando patología inflamatoria ocular que justifique la visión borrosa. Se instaura tratamiento con Colchicina con evolución favorable y continúa seguimiento en Reumatología. **Conclusiones:** El diagnóstico de la enfermedad de Behcet es clínico. Las aftas orales

son típicamente el primer síntoma de la enfermedad, mientras que las genitales son más frecuentes en niñas de 11-12 años. La abdominalgia inespecífica aparece en el 50% de casos. Pese a no ser una entidad frecuente, se continúa el seguimiento de nuestra paciente por parte de Reumatología debido a su clínica compatible, para realización de analítica sanguínea y valoración del cumplimiento de los criterios diagnósticos.

PD-033 ERUPCIÓN CUTÁNEA TRAS LA INGESTA: NO TODO ES ALERGIA

Begines Tirado, M.; Pascual Moreno, P.; Álvarez Mateos, M.C.; Macías López, N.; Martínez García, A.; Chamorro Vera, A.; Fernández Smersu, N.; Gallego Cortés, F.J.; Ulecia Cantero, R.
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Lactante de 3 meses de edad, nacida a término por parto eutócico, sin otros antecedentes personales, obstétricos ni familiares de interés. Consulta por episodios de eritema, rubefacción y lagrimeo en región temporal y periocular de predominio derecho durante las tomas de lactancia materna o fórmula adaptada. No asocia lesiones a otros niveles. No refieren sudoración, palidez ni otra clínica respiratoria o digestiva asociada. Estos episodios tienen lugar de manera ocasional, no con todas las tomas, manteniéndose asintomática entre ellos. Con la introducción alimentaria a los 6 meses le suceden esporádicamente, sin relacionarlo con ningún alimento en concreto, haciéndose cada vez menos frecuentes. **Exploración clínica:** Erupción maculosa eritematosa en región temporal y periocular derecha que blanquea en minutos. Resto de la exploración física normal. Adecuado estado nutricional. Buen desarrollo psicomotor. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza prueba de exclusión de proteína de la leche de vaca mediante inicio de fórmula hidrolizada y exclusión de los lácteos de la madre, sin desaparición de los episodios. **Conclusiones:** Con la evolución del paciente, la sospecha diagnóstica inicial es de síndrome de Frey o auriculotemporal. Se trata de una entidad poco frecuente y probablemente infradiagnosticada en Pediatría, de carácter benigno y autolimitado. Consiste en episodios recurrentes de eritema facial, a menudo unilateral, con o sin hiperhidrosis, en el territorio que inerva el nervio auriculotemporal. Estos episodios se desencadenan por estímulos gustativos o a los pocos minutos de iniciarse estos, desapareciendo espontáneamente a los 30-60 minutos. Es frecuente el antecedente de traumatismo sobre la zona afectada, como el parto instrumental mediante fórceps. El diagnóstico de esta entidad es clínico y de exclusión, siendo su principal diagnóstico diferencial la alergia a alimentos. No precisa tratamiento. Es imprescindible una buena anamnesis e informar a la familia de la benignidad del cuadro para evitar estudios o tratamientos innecesarios.

PD-034 APLV BENIGNA, NO TANTO

García Matamoros Matamoros, L.¹; Benítez Fernández, I.¹; Sánchez Díaz, C.¹; Cabello Gómez, S.¹; González Rodríguez, R.M.¹; Del Solar Rico, J.¹; Romero Vázquez, L.¹; Rodríguez Torres, M.¹; Flores Méndez, B.¹; Torres Díaz, M.².

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España;

²Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) constituye la alergia alimentaria más frecuente en menores de 2 años. Está producida por una hiperrespuesta inmune que pueden ser mediadas o no por inmunoglobina E. La manifestación clínica más frecuente es la cutánea en forma de urticaria o angiodema e incluso dermatitis atópica, aunque también puede llegar a producir reacciones anafilácticas graves, síntomas digestivos e incluso fallo de medro. El caso que nos corresponde se trata de un lactante de 5 meses, sin antecedentes perinatales de interés con lactancia materna exclusiva, que acude a consultas de Atención Primaria por escasa ganancia ponderal a partir de los 3 meses de vida, con una ganancia de menos de 50 gramos/semana sin asociar síntomas cutáneos, digestivos ni respiratorios. A la exploración destaca escaso tejido adiposo, principalmente en extremidades, siendo el resto de exploración incluyendo exploración neurológica dentro de la normalidad. Revisamos gráficas de crecimiento, y observamos caída de hasta 2DE de curvas de peso/longitud (pasa de p50 al nacimiento a un p3); siendo perímetro cefálico normal. Ante el diagnóstico de fallo de medro, solicitamos parásitos en heces y urocultivo siendo negativos junto con analítica completa donde destaca una elevación de proteína IgE específica a leche de vaca. Se retiran lácteos a la dieta de la madre y se inicia alimentación complementaria exenta de proteínas de leche con resultado muy favorable, comenzando adecuada ganancia ponderal en torno 250 g/semana y volviendo a sus percentiles habituales (en torno 25-50). La alergia de la proteína de leche de vaca se conoce comúnmente como una patología benigna, debido a la buena respuesta a tratamiento de exclusión-provocación. Aun así, no debemos olvidarnos de ella en el diagnóstico diferencial del fallo de medro, ya que puede tener repercusiones graves y en ocasiones irreversibles en el crecimiento de los niños.

PD-035 OTITIS MEDIA RECURRENTE. ¿HAY ALGO MÁS DETRÁS?

Vecchi Burastero, M.¹; Santos Cañón, R.¹; Coronel Rodríguez, C.²; Begara De La Fuente, M.². - ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Introducción: Aunque las complicaciones agudas de la otitis media aguda (OMA) son bien conocidas y suele vigilarse su aparición, no debemos olvidar posibles complicaciones a largo plazo de las OMA repetidas como son: la OM crónica con exudado y la atelectasia timpánica, que si es importante puede acabar perforando la membrana, causar otorrea crónica (otitis media crónica supurada) y colesteatoma. **Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Varón que con 7 años, en una revisión rutinaria, su pediatra objetiva atelectasia timpánica izquierda, por lo que deriva a otorrinolaringología. Como antecedentes personales, presentó su primer episodio de OMA con seis meses y desde entonces, múltiples OMA y OM con exudado durante procesos catarrales. A los 3 años se colocaron tubos de drenaje. Tras exploraciones clínicas, audiológicas y de imagen se diagnosticó de colesteatoma. Fue sometido a timpanoplastia y ha requerido hasta 3 reintervenciones posteriores. Aunque a día de hoy el paciente presenta escasas consecuencias a nivel auditivo, ve afectada su calidad de vida su calidad de vida por la enfermedad. **Conclusiones:** - Aunque poco frecuente, el colesteatoma en niños requiere identificación precoz y tratamiento para minimizar el daño de estructuras circundantes y preservar la audición, cuya

pérdida acarrea más consecuencias en el paciente en desarrollo. - Es importante visualizar el marco timpánico completo para reconocer lesiones marginales iniciales. Los colesteatomas congénitos se ven en un principio como quistes blancos y esféricos tras una membrana íntegra. Los adquiridos se presentan típicamente como retracción de la membrana o supuración persistente tras una infección tratada. - A pesar de tratarse de un tumor benigno, el comportamiento del colesteatoma es agresivo y la localización hace difícil la escisión completa y aumenta el riesgo de recidiva. - Lo habitual es que sean sospechados en atención primaria y diagnosticados por los otorrinolaringólogos.

DEFENSA 4 – Jueves 20

PD-036

SÍNDROME DE STICKLER: DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Benítez Moscoso, G.¹; Vivas González, G.². - ¹Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España; ²Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

Introducción: Las nuevas técnicas de análisis genético están suponiendo un gran avance para el diagnóstico, permitiendo confirmar enfermedades o trastornos genéticos con fiabilidad y rapidez. **Caso clínico:** Niña de 7 años en seguimiento en hospital comarcal por talla baja desde los 3 años, con velocidad de crecimiento en descenso. AP: - Cataratas congénitas intervenidas. Subluxación del cristalino. Miopía magna. - Hipoacusia congénita bilateral en tratamiento con audífonos. AF: - Padre cataratas congénitas. Desprendimiento de retina. Glaucoma. - Madre miopía magna. Desgarro retiniano ojo derecho (OD) y desprendimiento posterior de vítreo. - Hermano mayor. Secuencia Pierre Robin. Desprendimiento de retina, catarata y glaucoma OD intervenidos. - Hermano mediano. Miopía. EF: Obesidad generalizada. Lipomastia. Genu valgo. Armónica. No se aprecian desproporciones óseas. 1. Mayo 2021: Peso: 25 kg (p64, 0,36 DE). Talla: 105,7 cm (p<1, -2,79 DE). 2. Diciembre 2021: Peso: 30,2 kg (p86, 1,11 DE). Talla: 107,8 cm (p<1, -3,25 DE). 3. VC 3,5 cm/año: (p<1, -2,96 DE). 4. PPCC. 5. Test de estímulo de GH tras ejercicio (2019) con buena respuesta. 6. Edad ósea (abril 2021): 6 años y 10 meses (EC 6 años y 5 meses). 7. Estudio genético (exoma CGH 180 k). Variante probablemente patogénica en el gen COL11A1 (en heterocigosis). Las mutaciones patogénicas se han asociado al síndrome de Stickler tipo II (patrón de herencia AD) y al síndrome de Marshall con un patrón de herencia tanto AD como AR, asociándose este último con TB displasia espondiloepifisaria. Hermano y padre mismo gen. Madre con resultado normal. El síndrome de Stickler es una vitreoretinopatía heredada caracterizada por la asociación de síntomas oculares con formas de secuencia de Pierre-Robin, afecciones óseas y sordera neurosensorial (10% de los casos). Está causado por mutaciones en el gen COL11A1 (1p21). La sospecha clínica se confirma con el análisis molecular. El diagnóstico prenatal es posible. El tratamiento debería ser multidisciplinar e individualizado. El pronóstico es variable.

PD-037

QUE HAY DETRÁS DE UNA CRISIS HIPERTENSIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Alonso Ortega, S.; Garnier Rodríguez, M.B.; Ovejero García, T.; Gómez Díaz, D.; Molina Suárez, R.; Domínguez Cháfer, M. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España

Introducción: Se define como crisis hipertensiva al ascenso brusco de la tensión arterial con valores de TAS/TAD >180/110 mmHg, TAS/TAD > 30% por encima del p95 o valores por encima del p99. En pediatría la hipertensión arterial secundaria es más frecuente que la esencial. **Anamnesis:** Varón de 8 años que consulta a su pediatra por cuadro de 24 horas de evolución de mal estar general, dolor abdominal, cefalea leve y un vómito. Sin antecedentes personales de interés, salvo obesidad grado 1. Antecedentes familiares: madre afecta de enfermedad de Von Hippel-Lindau, intervenida de Feocromocitoma, y tía materna fallecida de fallo cardíaco. **Exploración física:** Tensión arterial: TAS 167 mmHg (p>99, 5,93 DE). - TAD 120 mmHg (p>99, 5,02 DE). Resto de constantes normales. Auscultación cardiorrespiratoria, abdomen y neurológico dentro de la normalidad. **Procedimientos:** Inicialmente se trata con nifedipino y captopril. Se traslada a Hospital de referencia donde precisa tratamiento con amlodipino, hidralazina y captopril para controlar la tensión y se procede a la realización de las siguientes pruebas complementarias: - Analítica sanguínea con función renal, hepática e iones normales. Noradrenalina elevada. - Orina: adrenalina, noradrenalina, dopamina y normetanefrina elevadas. Ácido homovanílico y vanilmandélico normales. - Radiografía de tórax: normal. - Ecocardiografía: Ventrículo izquierdo levemente hipertrofico. - Resonancia magnética: masas suprarrenales bilaterales de señal heterogénea, sugestivo de feocromocitoma bilateral. - Estudio genético: Síndrome de Von Hippel-Lindau heterocigosis c.499C>T (p. Arg167Trp. En un segundo tiempo, se procede a la suprarrenalectomía bilateral previa administración de un alfa bloqueante. **Conclusiones:** - Los antihipertensivos de elección son los de vida media corta como el nifedipino y labetalol. - Ante una crisis hipertensiva se debe descartar daño en órganos diana (corazón, riñón, cerebro, ojos). - Los feocromocitomas son tumores raros en la infancia. Suelen ser de presentación esporádica, aunque no deben olvidarse los casos asociados a patologías como la enfermedad de Von Hippel-Lindau.

PD-038

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO A INFECCIÓN POR SARS-COV2. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Tudela, P.; Pareja Grande, J.; Tomás Soldevilla, B.; Reyzaal, E.; Suárez, A.B.; Prado Chaves, A.; Saucés, E.; Martínez Gómez, R.; González Marín, M.A. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción: La asociación Síndrome Inflamatorio Multisistémico con la infección por el virus SARS-COV2 (SIM PEDs) es cada vez más frecuente. Este síndrome da lugar a una inflamación multisistémica del organismo y afecta en su mayoría a la población pediátrica. La fisiopatología se inicia con la liberación de citoquinas al estar en contacto con las partículas del virus SARS-COV2. Se describe un caso de SIMPEDs y su abordaje clínico. **Presentación del caso:** Niño de 20 meses de edad con antecedente de infección por SARS-COV2 24 días antes, con fiebre de 5 días de evolución. A la exploración destacaba: exantema eritemato-violáceo confluyente, generalizado, de predominio en tórax y espalda de 48 horas de evolución, hiperemia conjuntival bilateral y edemas generalizados. En las pruebas complementarias se evidenció: alteración en la coagulación (TP 14,1s, Fibrinógeno 554 mg/dl, Dímero D 10.459 ng/ml) y en la bio-

química (transaminasas GOT/AST 72 UI/L, GPT/ALT 99 UI/L, GGT 54 UI/L, LDH 914 UI/L Ferritina 554 ng/ml, PCR 3,29 ng/ml). Serologías IgM e IgG CMV positivo, resto negativo. Los estudios microbiológicos fueron negativos. Ecocardiograma: derrame pericárdico ligero. ECG, Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Durante el ingreso se administró antibioterapia empírica hasta resultados negativos de cultivos. Al cumplir criterios de SIMPEDs en su forma Kawasaki-like, se instauró tratamiento con Gammaglobulina y Corticoides intravenosos. Ante el riesgo elevado de aneurisma coronario (edad, intensidad de los síntomas y datos analíticos) se inició tratamiento con megabolo de Corticoides intravenosos, a los que se añadió Ácido Acetilsalicílico. La presencia de edemas y oliguria obligó al tratamiento con furosemida. Posteriormente experimentó una mejoría clínica y analítica gradual. **Conclusiones:** - El SIMPEDs afecta predominantemente a niños y suele desencadenarse por una disregulación inmunitaria por SARS-COV2. - Este cuadro se solapa con la enfermedad de Kawasaki, por lo que parece interesante hacer diagnóstico diferencial con esta entidad.

PD-039

AGALSIDASA ALFA. TRATAMIENTO ETIOLÓGICO Y CAUSA DE ANAFILAXIA

Benítez Moscoso, G. - Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

La enfermedad de Fabry es un trastorno del almacenamiento de glucoesfingolípidos provocado por una actividad deficiente de la enzima lisosomal α -galactosidasa A, que da lugar a acumulación de globotriaosilceramida (también denominada Gb3 o CTH), sustrato glucoesfingolípidico de esta enzima. La agalsidasa alfa cataliza la hidrólisis de Gb3, lo que separa un residuo de galactosa terminal de la molécula. En >6 años, se administra quincenalmente a dosis de 0,2 mg/kg (diluida en 100 ml de suero fisiológico), en perfusión intravenosa (IV) durante 40 minutos. **Caso clínico:** Paciente de 11 años en seguimiento por enfermedad de Fabry sintomática (crisis de dolor acral diarias), con estudio cardiológico normal, que inicia tratamiento sustitutivo. Sin incidencias durante los primeros 3 meses, experimenta mejoría clínica. Posteriormente, comienza con síntomas de anafilaxia con las infusiones. Inicialmente, se espacia la infusión de la medicación, se prueba con premedicación con antihistamínicos y corticoides, pero en la última infusión, antes de la suspensión definitiva del tratamiento, presenta sintomatología grave. **Conclusiones:** Hasta el 25% de los pacientes pediátricos tratados con agalsidasa alfa presenta reacciones idiosincrásicas relacionadas con la perfusión IV. - Las reacciones leves relacionadas con la perfusión (escalofríos, pirexia, rubefacción, cefalea, náuseas y disnea) aparecieron con mayor frecuencia en niños, en comparación con los pacientes adultos. - En nuestro caso, el paciente ha experimentado reacciones graves, a pesar de premedicación, y aunque no es frecuente, se ha suspendido el tratamiento sustitutivo definitivamente por riesgo vital. - Está pendiente de realizarse nuevo estudio cardiológico, dado que este tipo de reacciones se han asociado a estrés hemodinámico en pacientes con manifestaciones cardíacas preexistentes de la enfermedad de Fabry, llegando incluso a arritmias (fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares, taquiarritmia), isquemia de miocardio e insuficiencia cardíaca en pacientes con enfermedad de Fabry con compromiso de las estructuras del corazón.

PD-040

IRRITABILIDAD EN EL LACTANTE... ¿SOMATOSONIDO?

Hidalgo Cáceres, P.; Herranz Llorente, M.; Pérez García, S.; López, D.; Benítez, J.; González, I.; De Juan, M.; De León, M.; Pallares, A.; Blanco, J.M. - Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Introducción: Acúfeno, del griego, significa oír y voz. Todas las personas percibiremos un zumbido, un tintineo o un silbido alguna vez en la vida, pero la repetición de la percepción del sonido repercutirá en nuestra calidad de vida y motivará la consulta. Un acúfeno es la percepción de un sonido sin que exista una fuente externa que lo origine. Los acúfenos subjetivos, los mayoritarios, son aquellos que se producen por la afectación de las estructuras del oído interno. El 5% restantes, objetivos o “somatosonidos”, sonidos producidos en alguna parte del organismo capaces de provocar una vibración mecánica en la cóclea igual que lo haría un sonido externo; y el examinador puede escucharlos. **Caso:** Lactante de 4 meses que consulta por irritabilidad asociada a la aparición de un ruido que escuchan los padres desde el exterior del oído izquierdo. No antecedentes perinatales o personales de interés. Desarrollo psicomotor normal. Antecedentes familiares: Padre con hipoacusia. A la exploración presenta: irritabilidad, somatosonido audible en oído izquierdo, agudo y continuo, con otoscopia normal; y cese del sonido con determinados movimientos. Exploración neurológica normal. Auscultación cardiopulmonar normal, sin soplos ni extratonos. Se inician pruebas complementarias realizando timpanometría y potenciales evocados auditivos, normales. Abordaje con otorrinolaringología y neurocirugía, realizándose: - Ecografía transfontanelar normal. - AngioTAC y angioRMN de cráneo ampliada a cuello, donde se visualiza: Megagolfo de la vena yugular izquierda que produce una procidencia y posiblemente dehiscencia sobre el margen posteromedial del canal auditivo externo. Finalmente debido a la edad del paciente, se decide seguimiento y actitud expectante. **Conclusiones:** El golfo de la vena yugular es un canal venoso intracraneal, cuya dilatación produce un saco herniario, que puede provocar timitus, cefalea o hemotímpano, pudiendo requerir cirugía. Por tanto, aunque poco frecuente, el somatosonido, es motivo a tener en cuanto en el diagnóstico diferencial de irritabilidad.

PD-041

TAQUICARDIA: CUANDO EL CARDÍLOGO NO TIENE LA RESPUESTA

Vecchi Burastero, M.¹; Sánchez Moreno, P.²; Santana Mateos, M.¹; Alonso Montejó, M.M.¹.
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;
²Centro de Salud Cisneo Alto, Sevilla, España

Anamnesis: Niña de 11 años acude a centro de salud para seguimiento por episodio de taquicardia y dolor costal de 5 días de evolución, que asociaba febrícula al inicio y por el que había consultado en urgencias hospitalarias. Fue dada de alta con recomendaciones tras múltiples pruebas complementarias que únicamente revelaron PCR elevada (102 mg/l) y taquicardia sinusal en electrocardiograma a 140 latidos por minuto (lpm). **Exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Presenta buen estado general, normotermia desde hacía 36 horas. Tensión arterial normal y taquicardia sinusal a 161 lpm. Se solicita analítica para control de reactantes (en descenso) con hemograma y hormonas tiroideas normales. En controles sucesivos, aunque aislada y bien tolerada, mantiene taquicardia

sinusal, por lo que se deriva a cardiología. Durante el mes posterior, antes de la valoración cardiológica, inicia episodios febriles cada 5-6 días, sin foco, que cursan con malestar general, astenia y asocian de forma variable hiperemia conjuntival, lesiones cutáneas en tobillos o dolor costal. Se amplía estudio para fiebre de origen desconocido. Se deriva a Medicina Interna Pediátrica y Oftalmología, intervenciones que revelaron papiledema bilateral y anemia en rango transfusional. Ingresó para tratamiento y estudio. Fue diagnosticada de vasculitis ANCA positiva y mutación de FMF, iniciándose tratamiento con prednisona y colchicina. El papiledema era consecuencia de una hipertensión intracraneal benigna, que al igual que la taquicardia, se resolvieron al controlar la enfermedad de base. **Conclusiones:** Los síndromes autoinflamatorios abarcan un amplio número de patologías con implicación multisistémica, con un espectro de presentación variado y, en ocasiones, presentaciones atípicas. Suponen un reto diagnóstico que requiere alto índice de sospecha. Las características de la Atención Primaria (accesibilidad, longitudinalidad, global, primer contacto sistema sanitario) la convierten en idónea para la detección precoz de estos cuadros y el acompañamiento a las familias durante el seguimiento multidisciplinar posterior.

PD-042

SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Serrano Crespo, N.¹; Romero Fernández, M.²; Rodríguez Del Corral, C.³; Gómez Sorriquet, P.⁴; González García, E.⁴; Sánchez González, B.⁴; Colino García, A.M.⁵; López González, M.I.⁶; López Pacios, D.²; Bobillo De Lamo, H.R.⁷.

¹C.S. Santa María del Páramo, Santa María del Páramo (León), España;

²Real Fundación Hospital La Reina, Ponferrada, España; ³C.S. La Robla, La Robla (León), España; ⁴C.S. Eras de Renuera, León, España; ⁵Hospital HM San Francisco, León, España; ⁶Hospital del Bierzo, Ponferrada, España;

⁷C.S. Ponferrada II, Ponferrada, España

Introducción: El Síndrome de Klippel-Feil (SKF) constituye un desorden esquelético caracterizado por la fusión congénita de vértebras cervicales. La triada clínica clásica consiste en cuello corto, implantación baja del cuello y limitación de sus movimientos. Las mutaciones asociadas se localizan en los loci del gen GDF3 (cromosoma 12), GDF6 (cromosoma 8) y MEOX (cromosoma 17). Asocia patologías cardíacas, otorrinolaringológicas, nefrológicas y neurológicas. **Anamnesis:** Lactante de 4 meses, embarazo y parto controlados, reanimación con PPI menor de 30 segundos. Sin antecedentes familiares de interés. Exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ingresó a los 2 meses por pausa de apnea, con diagnóstico de malformación de epiglotis, abducción de cuerdas vocales, soplo cardíaco. Reflujo gastroesofágico y sospecha de APLV. Ecocardio: CIA. Tratamiento con omeprazol e hidrolizado. A los 4 meses se objetiva cuello corto, rigidez cervical y movimiento en bloque con hiperreflexia patelar, estiloidial, bicipital y tricipital. Rx de columna cervical y RMN: vertebra C5 en mariposa, subluxación atlo-axoidea con signos de mielopatía (compresión de apófisis odontoides), fusión C2-C3, displasia en hipocampo y lóbulo occipital derecho. Estudio genético confirma SKF. Eco abdomen: riñón en herradura normofuncionantes. PEACT normales. Es derivado a Hospital para reducción de luxación y artrodesis C0-C1-C2. Mejoría de la clínica cervical, mielopatía y desarrollo psicomotor. Rehabilitación y Atención Temprana. **Conclusiones:** El diagnóstico requiere de sospecha clínica y realización

de radiografía de columna completa en todo niño con cuello corto y/o implantación baja del pelo; en niños con limitación dolorosa o no de la movilidad cervical o que refieran dolor occipital o cuello persistente. Se realizará estudio dinámico de la columna cervical y resonancia magnética de la médula espinal y fosa posterior; estudios cardiológicos, nefrourológicos y audiológicos. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros Síndromes: Turner, Murcs, Wildervanck. El pronóstico es bueno si el diagnóstico y tratamiento es precoz.

PD-043

NO TODO RECHAZO DE LA SEDESTACIÓN ES UNA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR

Gutiérrez Camus, A.; De Lamo González, E.; Gómez Arce, A.; Fernández Cabo, V.; Dragomirescu Dragomirescu, I.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Lactante de 6 meses que acude porque la madre desde hace dos días nota que el paciente presenta dolor con el cambio de pañal en la zona sacrococcígea. Además, refiere que se arquea al tumbarlo boca arriba y que presenta dolor y rechaza la sedestación. Afebril en todo momento. No sintomatología respiratoria ni digestiva. No traumatismo conocido. En la exploración física destaca dolor a punta de dedo en zona coccígea (el paciente impresiona de dolor: gesto, movimiento y llanto) junto con zona ligeramente violácea a este nivel, sin signos de sobreinfección. Al intentar realizar sedestación, el paciente hiperextiende las piernas llegando incluso a ponerse en bipedestación. Resto de exploración sin hallazgos de interés. En el servicio de urgencias se realiza radiografía y ecografía sin hallazgos significativos, por lo que ante sospecha de infección osteoarticular en zona sacrococcígea, se decide extracción de analítica que resulta sin hallazgos significativos y hemocultivo; iniciándose antibioterapia intravenosa con cefuroxima a 200 mg/kg/día. Al segundo día de ingreso, se realiza nueva ecografía donde se objetivan hallazgos sugestivos de sinus pilonidal sobreinfectado. Al tercer día, ante persistencia del dolor y de eritema en zona interglútea, se inicia biterapia con metronidazol endovenoso, que se mantiene durante tres días. Adecuada respuesta clínica, pudiendo desescalar a amoxicilina-clavulánico endovenoso al sexto día de ingreso, con paso a vía oral las 24 horas previas al alta. Un rechazo de la sedestación, bipedestación o del cambio de pañal, debe hacer pensar en una infección osteoarticular (espondilodiscitis), y ante dicha sospecha se debe iniciar antibioterapia. Sin embargo, se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías, como el sinus pilonidal que, a pesar de ser más frecuente en la adolescencia, se puede presentar a otras edades como el paciente de nuestro caso clínico.

PD-044

TELORRAGIA EN LACTANTE, ¿NOS PREOCUPAMOS?

Quinteiro González, M.; Balague Galito, E.; Palasi, C.; Climent, A.; Agustín, C.; González, J.; Balcalls, L.; Sellares, J.
EAP Sardenya, Barcelona, España

Anamnesis: Lactante mujer de 9 meses que es traída a la consulta porque sus padres han detectado de forma intermitente sangrado en la ropa a la altura de la mamila izquierda, sin que hayan observado ninguna lesión evidente. Por lo demás la paciente está asintomática y con excelente estado general, no han detectado otras incidencias. No hay antecedentes personales ni

familiares de interés, hasta el momento ha sido una niña sana con las inmunizaciones y revisiones al día. **Exploración clínica:** Excelente estado general. Normohidratada y normocoloreada, normoperfundida. Auscultación cardio pulmonar con buena entrada de aire bilateral, tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Genitales femeninos normoconfigurados. No lesiones externas en mamas ni en pezones, que son de características normales, sin signos de inflamación. No alteraciones a la palpación, que tampoco impresiona de molesta. Se observa la ropa manchada de sangre seca y un punto rojizo central a nivel de conducto mamario. No secreción en este momento. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía mamaria que es normal. No hay evidencia de colecciones, hematomas, flegmones ni tumoraciones sólidas. No se detectan adenomegalias locales. Se solicita también analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, coagulación y estudio hormonal que es estrictamente normal. Teniendo en cuenta la clínica y los resultados de las exploraciones complementarias se orienta el cuadro como probable telorragia secundaria a ectasia ductal mamaria benigna y se realiza seguimiento estrecho. El cuadro se autolimita en dos meses. **Conclusiones:** La telorragia es un proceso infrecuente en la edad pediátrica, y que puede generar preocupación y alarma en padres y sanitarios. Sin embargo, suele ser un proceso secundario a la ectasia ductal mamaria, una entidad rara pero completamente benigna. Las exploraciones complementarias suelen ser normales, y la evolución es hacia la curación espontánea en pocas semanas o meses.

PD-045

TUMOR CUTÁNEO INFRECLENTE EN EDAD PEDIÁTRICA: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES

Escalona Gil, A.M.¹; Martín Galache, M.¹; Jiménez Domínguez, A.¹; Mosquera Froufe, M.¹; Mateos Diego, M.A.²; García García, J.E.².

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

²Centro de Salud Tejares Elena Ginel Díez, Salamanca, España

Anamnesis: Escolar de 13 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta de Atención Primaria por lesión nodular indolora en región inguinal izquierda de 5 años de evolución con aparición de molestias en la misma en los últimos meses así como cambios en su color. **Exploración clínica:** En la exploración física presenta buen estado general destacando a nivel cutáneo lesión nodular bien delimitada de 1,5 × 0,8 centímetros de tamaño, de color marrónáceo, morfología ovalada y consistencia elástica irregular en región inguinal izquierda. No presenta lesiones en otras localizaciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dada la exploración física, se decide realizar interconsulta a Dermatología para valoración de la lesión. En Dermatología, el diagnóstico de presunción es el de quiste epidérmico por lo que se realiza exéresis de la lesión con márgenes de seguridad adecuados y se procesa la muestra para su estudio histopatológico siendo el diagnóstico definitivo el de tumor de células granulares. Dada la benignidad del diagnóstico, el paciente no precisa seguimiento por parte de Dermatología, acude a consultas de Atención Primaria en las que se objetiva buena evolución sin aparición de nuevas lesiones. **Conclusiones:** El schwannoma de células granulares o tumor de Abrikossoff es una neoplasia infrecuente que puede presentarse a cualquier edad, aunque predomina en la cuarta y quinta década de la vida. Puede aparecer en diversas localizaciones corporales, aunque

la mayoría suele presentarse en región orofacial. El comportamiento del mismo suele ser benigno, aunque en ocasiones puede presentar un comportamiento agresivo a nivel local o incluso a distancia. Resulta fundamental la realización de un diagnóstico diferencial adecuado con otros tumores conectivos benignos y malignos, así como el conocimiento del buen pronóstico de dicho tumor, tras su escisión con márgenes adecuados, para evitar generar alarma innecesaria en pacientes y familiares.

PD-046

COSTILLA CERVICAL A PROPÓSITO DE UN CASO

María Guerrero, R.¹; Gómez Martín, M.I.²; Arroyo Romo, M.T.³; Fernández María, A.⁴; Asensio Valencia, D.¹.

¹Centro de Salud Parquesol, Valladolid, España;

²Centro de Salud Tudela de Duero, Tudela de Duero, España;

³Centro de Salud Simancas/Pisuerba, Simancas, España;

⁴Universidad Alfonso X El Sabio. Medicina, Villanueva De La Cañada, España

Introducción: La costilla cervical es la malformación costal más frecuente (incidencia de 0,05 - 3%). Más frecuente en mujeres. Consiste en una costilla supernumeraria que surge de la séptima vértebra cervical, puede articular con la primera costilla o permanecer sin articular en el cuello. **Caso clínico:** **Anamnesis:** Niña de 13 años que acude a la consulta de Pediatría porque desde hace 1 mes, al colocarse la mochila sobre el hombro derecho, se palpa una masa en ese lado del cuello. No presenta antecedentes de interés ni sintomatología acompañante. **Exploración clínica:** En el triángulo supraclavicular derecho, se visualiza una tumoración que se aprecia mejor cuando estira el cuello. A la palpación, presenta una masa de consistencia dura, no dolorosa, no móvil, de unos 3,5 × 4 cm, sin signos inflamatorios. No adenopatías adyacentes. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la posibilidad de patología tumoral se inicia estudio, solicitando analítica y serologías que resultaron normales y pruebas de imagen. En la Ecografía cervical se identifica una estructura en el triángulo supraclavicular derecho que se corresponde con estructura ósea y en la Radiografía torácica se concluye que existe una costilla cervical derecha que se articula con la primera costilla. Se realiza seguimiento en la Consulta de Atención Primaria con evolución sin complicaciones. **Conclusiones:** Es importante tener en cuenta esta anomalía costal y sospechar su diagnóstico ante una masa laterocervical no inflamatoria e indurada que nos plantee diagnóstico diferencial con masa tumoral maligna. La Radiografía de tórax puede ser diagnóstica y evitaría la realización de otras exploraciones complementarias. La mayoría de los casos son asintomáticos o presentan dolor cervical que no precisa tratamiento. La principal complicación (10%) es el Síndrome del desfiladero torácico, por compresión neurovascular braquial, que podría precisar tratamiento quirúrgico.

PD-047

PARECIDOS RAZONABLES: SÍNDROME TRICORRINOFALÁNGICO

Cortés Jiménez, M.C.; García García, E.J.; Fernández, R.M.; Marchueta Elizagarate, I.; Escobedo Mesas, E.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: La talla baja supone uno de los motivos más frecuentes de derivación desde atención primaria a endocrino-

logía pediátrica y, aunque en la mayoría de los casos se trate de una variante de la normalidad o una talla baja familiar, debemos conocer aquellos en los que es necesario realizar un estudio más detallado o incluso esté indicado un tratamiento específico. **Caso clínico:** Niño de 6 años, con antecedente de retraso madurativo leve, en estudio por hipocrecimiento y rasgos dismórficos. Su madre y otros miembros de la familia materna presentan un fenotipo similar al del paciente. En la exploración física destaca una talla de 108,8 cm (-2,68 DE), pelo claro, fino y escaso, adelgazamiento de la cola de las cejas, cara triangular, filtrum largo, labio superior fino, pabellones auriculares grandes y retrovertidos, clinodactilia del quinto dedo y pulgar de implantación proximal. Como parte del estudio de talla baja se realiza una radiografía de mano y muñeca izquierda, en la que se objetiva una edad ósea atrasada de 3 años y epífisis de las falanges en forma de cono. Se solicita un estudio mutacional de genes relacionados con displasia esquelética en el que se detecta una variante patogénica del gen TRPS1 (c.333delC, p.Ser112Profs*7, NM_014112), confirmando el diagnóstico de síndrome tricorniofalángico (*Genereviews for Trichorhinophalangeal Syndrome*: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425926/>). **Conclusiones:** - El síndrome tricorniofalángico es una entidad poco frecuente, de herencia autosómica dominante, que se debe a la alteración del gen TRPS1.- Los pediatras debemos conocer esta entidad puesto que es posible establecer su diagnóstico mediante una buena anamnesis, en la que se incluyan los antecedentes familiares, junto con una exploración física detallada.- Podemos apoyarnos en pruebas complementarias de primer nivel como la radiografía, en la que es posible observar hallazgos típicos del síndrome, y además confirmar el diagnóstico con un estudio genético dirigido.

DEFENSA 5 – Jueves 20

PD-048

TUMORACIÓN PECTORAL DE RECIENTE DETECCIÓN

Cárdeno Morales, Á.¹; Martínez Fernández, M.²; Calero García, J.L.¹ - ¹Consultorio Puebla del Río, Puebla del Río, España; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 5 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude por tumoración a nivel infraclavicular derecho, que detectaron sus padres en el día previo. No dolor ni otros síntomas acompañantes. **Exploración clínica:** Tumoración infraclavicular derecha bien delimitada, de 2,5 cm de diámetro máximo, con consistencia dura a la palpación, móvil, no adherida a planos profundos y sin signos de inflamación en piel suprayacente. **Procedimientos diagnósticos:** Ecografía de partes blandas: Masa sólida en el espesor de músculo pectoral, con bordes bien definidos, que mide 21 × 23 × 15 milímetros (mm). Tiene ecogenicidad relativamente homogénea. Resonancia magnética: Lesión sólida de 25 × 15 × 22 mm en músculo pectoral mayor derecho, levemente heterogénea, bien delimitada y aparentemente encapsulada, con una imagen lineal hipointensa y homogénea que parece circundarla. No lesiones a otros niveles. Impresión diagnóstica: lesión tumoral sólida del músculo pectoral mayor derecho de características inespecíficas (probable tumor mesenquimal). Biopsia con aguja gruesa. Anatomía patológica de la muestra: Proliferación fibroblástica de bajo grado. El patrón morfológico sugiere, entre otros, una

fascitis nodular como primera opción. **Procedimiento terapéutico:** Se plantea en comité exéresis quirúrgica de la lesión por cirugía pediátrica. Anatomía patológica de la muestra: Sarcoma Fibromixioide de bajo grado (SFMBG) que respeta 3 centímetros de márgenes de resección. **Conclusiones:** - El SFMBG es una neoplasia poco frecuente que afecta preferentemente a adultos jóvenes, en hasta el 20% de los casos a menores de 18 años. - Se localiza con mayor frecuencia en los tejidos blandos profundos de extremidades proximales o tronco y se presenta como masa indolora bien delimitada. - La tasa de recurrencia y metástasis en los primeros años tras la escisión es baja. Sin embargo, el seguimiento a largo plazo muestra recurrencias y metástasis en alrededor de la mitad de los casos.

PD-049

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Benito, M.; González Acedo, I.; Parra Arribas, N.; Ortiz Cantero, E. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Niño de 20 meses con clínica catarral y fiebre de una semana de evolución que presenta lesiones compatibles con impétigo en región perioral y área genital e inguinal, sin afectación de mucosas. Asocia orinas colúricas. **Exploración clínica:** Decaimiento generalizado y coloración icterica de piel. Lesiones impetiginizadas alrededor de la boca, área inguinal y genital con signos de sobreinfección. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En controles analíticos: anemización progresiva hasta hemoglobina de 6,6 g/dL con elevación de reactantes de fase aguda y de parámetros de hemólisis (reticulocitos 7,89%, lactato-deshidrogenasa 2.308 U/l y bilirrubina indirecta 6,2 mg/dl). Coombs directo positivo. Se transfunde concentrado de hematíes y se inicia antibioterapia y corticoterapia intravenosa. Como diagnóstico final, anemia hemolítica autoinmune con implicación de complemento (C3d (+)). **Conclusiones:** Describimos el caso de un paciente diagnosticado de anemia hemolítica autoinmune (AHAI) con clínica grave pero excelente respuesta al tratamiento. La AHAÍ es una enfermedad rara en la infancia, con una incidencia estimada de 0,8-1,25 casos por 100.000 niños. Forma parte de las conocidas como anemias hemolíticas extrínsecas o extracorpúsculares, aquellas en las que existen autoanticuerpos que se dirigen contra la membrana de los hematíes produciendo su hemólisis. Son adquiridas y suelen desencadenarse en el contexto de una infección. Para el diagnóstico es fundamental un hemograma, bioquímica con parámetros de hemólisis, un frotis de sangre periférica y un test de coombs directo. Aunque existen otras líneas de tratamiento, la respuesta a corticoterapia a dosis elevadas suele ser favorable en la mayoría de los casos. En nuestro paciente se presenta una infección como desencadenante del proceso, con clínica grave, pruebas complementarias positivas y evolución favorable con excelente respuesta a tratamiento.

PD-050

ALTERACIÓN PUPILAR EN LACTANTE DE TRES MESES, DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Martínez Fernández, M.¹; Cárdeno Morales, Á.²; Calero García, J.L.². - ¹Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Consultorio Puebla del Río, Puebla del Río, España

Anamnesis: Lactante de 3 meses, sin antecedentes de interés, que consulta en Atención Primaria por notarle la madre diferencia en el tamaño pupilar y ojo derecho más cerrado desde casi el nacimiento. Por lo demás asintomática. **Exploración física:** Pediatría: Apertura incompleta de ojo derecho. Pupilas anisocóricas: miosis derecha, areactivas a la luz. Oftalmológica: Posición Principal de la Mirada 0°, Movimientos oculares conservados. Cover negativo. Ptosis palpebral derecha. Endoftalmos derecho. Pupila ojo derecho mínimamente más pequeña que la del ojo izquierdo. Normorreactiva a la luz y oscuridad. No heterocromías. **Procedimientos diagnóstico y terapéuticos:** Ante el hallazgo de anisocoria, ptosis y endoftalmos derecho se solicitan: - Ecografía ocular bilateral: normal. - Radiografía de tórax: imagen sugestiva de lesión en mediastino medio. A los 5 meses de vida, con diagnóstico de Síndrome de Horner congénito + lesión mediastínica se continúa estudio con: - TAC de tórax-abdomen: Masa de partes blandas localizada en el mediastino posterior superior derecho, posible tumor neurogénico (neuroblastoma o ganglioneuroma). - Gammagrafía con metayodobencilguanina: Lesión hipermetabólica en hemitórax superior derecho compatible con la sospecha de neuroblastoma. - Catecolaminas en orina: Noradrenalina y Dopamina elevadas. - Aspirado+biopsia de Médula ósea: sin infiltración. Se realiza exéresis de la masa, que cursa sin incidencias. Los resultados de anatomía patológica confirman el diagnóstico de sospecha: Neuroblastoma pobremente diferenciado, n-myc negativo (L1). Tras tratamiento remisión completa del tumor, sin recidivas. No se resuelve completamente el síndrome de Horner. **Conclusiones:** 1. El síndrome de Horner se manifiesta como miosis, ptosis y enoftalmos unilateral. 2. La mayoría son secundarios a traumatismo o cirugía. 3. La aparición como signo inicial de un neuroblastoma es muy infrecuente. 4. La localización típica del tumor en estos casos es el mediastino. 5. La investigación de la etiología de un síndrome de Horner aislado es crucial para descartarlo. 6. La cirugía del neuroblastoma puede por sí sola aumentar el riesgo del síndrome de Horner.

PD-051

CLÍNICA DE AFECTACIÓN DE BASE DEL CRÁNEO COMO SÍNTOMA GUÍA DEL RABDOMIOSARCOMA PARAMENÍNGEO

Fernández Yélamos, I.; Corral Roso, P.; Gómez Domínguez, C.; Valladares Salado, L.; Ruiz Azcarate, J.; Plaza López De Sabando, D. - Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Varón de 8 años con un cuadro progresivo de 12 días de evolución consistente en cefalea, vómitos proyectivos, ptosis palpebral, anisocoria y diplopía. Asocia decaimiento e hiporexia. Refiere un diagnóstico reciente de otitis media aguda con TC compatible con otomastoiditis izquierda. En la exploración presenta bradicardia e hipertensión arterial. Se observan pupilas anisocóricas, restricción en la abducción del ojo izquierdo con limitación de la supra e infraabducción, ptosis palpebral izquierda, lateralización de la cabeza hacia la izquierda, borramiento de surcos faciales y úvula desviada hacia la izquierda. En el oído izquierdo se visualiza ocupación retrotimpánica sin abombamiento. Exploraciones complementarias: analítica sanguínea sin hallazgos relevantes, serología para SARS-COV-2 y parámetros de autoinmunidad para despistaje de vasculitis y trombosis sin alteraciones, audiometría con hipoacusia de transmisión izquierda. En la TC de peñasco y faciocervical se describe tumoración

lítica en fosa craneal media izquierda-ápex petroso. El estudio de extensión no detecta otras lesiones. Se realiza una biopsia transtimpánica, compatible con rabdomiosarcoma embrionario. Tras la confirmación diagnóstica, se inicia tratamiento citostático (ifosfamida/vincristina/actinomicina-D). El rabdomiosarcoma es el sarcoma de partes blandas más frecuente en la infancia; deriva de células mesenquimales primitivas con diferenciación incompleta a células de músculo estriado. Se clasifican según su pronóstico en: botrioides leiomiomatoso y de células fusiformes (buen pronóstico), embrionario (pronóstico intermedio) y alveolar y su variante sólida alveolar, definidos por reordenamientos de FOXO1 (mal pronóstico). Las localizaciones más frecuentes, aspecto que determina la sintomatología, son: genitourinaria, cabeza/cuello (incluyendo parameníngeos) y extremidades. El diagnóstico se basa en el estudio histológico y por pruebas de imagen (TC/RM). El estudio de extensión debe considerar la TC de tórax, biopsia de médula ósea y gammagrafía ósea/PET-TC. El tratamiento combina quimioterapia, radioterapia y cirugía. La terapia sistémica incluye esquemas de vincristina, actinomicina-D, ciclofosfamida/ifosfamida y adriamicina. La supervivencia global a los 5 años es del 60-70%.

PD-052

LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE. ¿DÓNDE SE DIRIGE LA MIRADA?

González De Prádena, B.¹; Sevilla Moreno, L.C.¹; Vázquez López, M.Á.². - ¹Hospital Torrecárdenas (UGC Oliveros, Distrito Almería), Almería, España; ²Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Anamnesis: Paciente de 4 meses sin antecedentes valorada en Control del Niño Sano (CNS), donde se objetivó en ojo derecho (OD) pupila con opacidad y estrabismo divergente ocasional (referido por la madre), por lo que consultaron a oftalmología de centro privado (OD: desprendimiento de retina en embudo, ojo izquierdo (OI): masa elevada blanquecina en hemirretina inferior). Acudieron al Centro de Salud con dicho informe, fue derivada a Urgencias hospitalarias, se interconsultó con oftalmología (OD: desprendimiento total de retina y OI: retina aplicada. En ambos ojos masa blanquecina de gran tamaño inferior), decidiendo estudio de extensión para confirmación diagnóstica ante la sospecha de retinoblastoma. **Exploración clínica:** Anodina salvo ausencia de reflejo rojo bilateral, OD: leucocoria, midriasis media y estrabismo divergente. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ecografía doppler ocular bilateral (masas OD: 13 x 12 mm y OI: 9 x 4 mm, heterogéneas, crecimiento endofítico hacia vítreo, calcificaciones), resonancia magnética (RMN) sugerente de retinoblastoma bilateral (grupo E OD y grupo C OI) según la clasificación internacional de retinoblastoma. Estudio del gen Rb1: mutación en heterocigosis de intrón 8 del gen RB1. Se decidió realizar Consejo Genético y tratamiento con quimioterapia intravítrea y sistémica con previsión de enucleación de OD, adecuada respuesta, posterior braquiterapia de OI. **Conclusiones:** Resaltar la importancia del programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) para el diagnóstico temprano de enfermedades donde un abordaje precoz puede ser fundamental y cómo una adecuada exploración física es determinante, siendo recomendable insistir a las familias que acudan al PSIA-A con CNS de manera periódica. Destacar la importancia de la exploración en el CNS, fomentar la exploración ocular rutinaria y valorar los signos referidos por los padres, ambos de gran valor si existe

alteración. En caso de leucocoria en lactantes, realizar diagnóstico diferencial, considerando que la causa más frecuente en nuestro medio es la presencia de retinoblastoma subyacente.

PD-053 CRISIS HEMOLÍTICA EN PACIENTE CON ESFEROCITOSIS HEREDITARIA

Torres Díaz, M.; Jiménez Pulido, L.; Melitón Carrasco, J.A.;
Lechón Caballero, M.C.; Polo Moreno, J.; Panduro Romero, L.;
Roco Rosa, M.; Farrona Villalba, A.
Hospital Materno Infantil, Badajoz, Badajoz, España

Niña de 4 años acude a consulta por cuadro de vómitos de contenido alimentario y orinas colúricas de 2 días de evolución. Pico febril de 38°C a su llegada a consulta. No clínica catarral, dolor abdominal más localizado en hipocondrio derecho. No diarrea ni otra sintomatología asociada. Como antecedente de interés, esferocitosis hereditaria diagnosticada a los 2 años. Correctamente vacunada para su edad. Triángulo evaluación pediátrica estable. Tinte icterico, ictericia conjuntival. Abdomen blando y depresible, se palpa polo de bazo de 4 cm bajo reborde costal. No otros hallazgos de interés. Se realiza analítica sanguínea con hemoglobina 9,20 g/dL, hematocrito 25%, reticulocitos absolutos 386.900/mm³, reticulocitos/100 hematíes 11,91%, leucocitos y plaquetas en rango de normalidad. En bioquímica destaca bilirrubina total 8,8 mg/dL, con bilirrubina directa de 0,6 mg/dL y LDH 437 UI/L, PCR 4,5 mg/dL. Coagulación normal. Solicitamos ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea para la edad de la paciente (13 cm), colelitiasis, no otros hallazgos. Se contacta con Hematología que valora a la paciente e indica ingreso hospitalario para rehidratación y vigilancia clínica. No precisa transfusión a pesar de anemización, con incremento de cifras de hemoglobina durante su ingreso. En analítica de control, normalización de niveles de hemoglobina y bilirrubina, con PCR normal. La esferocitosis hereditaria es la anemia hemolítica congénita más frecuente en nuestro país. Se trata de un defecto en las proteínas de la membrana de los hematíes adquiriendo forma de esfera y visualizándose esferocitos en frotis de sangre periférica. Las manifestaciones típicas son anemia, ictericia, esplenomegalia, reticulocitosis y litiasis vesicular. Las principales complicaciones son la litiasis biliar, crisis aplásicas, megaloblásticas y hemolíticas; siendo esta última más frecuente en menores de 6 años asociadas a cuadros virales. El tratamiento se basa en transfusión hematíes según valores de hemoglobina y ácido fólico, reservándose la esplenectomía para casos moderados y graves.

PD-054 NO TODO ES HEMANGIOMA INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO INUSUAL

Méndez Sierra, A.; Pastor Tudela, A.I.; Pérez Santos, A.B.;
Simal Badiola, I.; García Calatayud, S.; Gutiérrez Pascual, D.;
Fernández Díaz, P.; Reyes Sancho, S.; Figueroa Jiménez, S.;
López De Viñaspre Vera-Fajardo, M.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Anamnesis: Presentamos a una neonata de 16 días de vida con numerosas lesiones cutáneas vasculares multifocales al nacimiento, con trombopenia acompañante. No presenta otra sintomatología o antecedente personal o familiar relevante. **Exploración:** Destaca una placa eritematosa-violácea abdominal de gran

tamaño, sobrelevada, indurada y parcheada en su interior, de bordes bien definidos, y que palidece a la presión, con tiempo de relleno prolongado, no dolorosa, caliente ni ulcerada. Además, se objetivan más de 50 lesiones multifocales milimétricas dispersas en otras localizaciones. **Procedimientos diagnósticos:** Analíticamente, encontramos trombopenia de 33.000/mm³, así como leve descenso de cifras de fibrinógeno (174 mg/dL), con aumento importante del dímero D (99.554 ng/dL). Ecografía abdominal, transfontanelar y del canal vertebral normal; ecografía de la placa impresiona de lesión vascular subcutánea. Ante posibilidad de hiperfibrinolisis en contexto de síndrome de Kasabach-Merritt por hallazgos clínicos y analíticos, se realiza biopsia, hallándose positividad para marcadores vasculares CD31 y CD34, vasos alargados con endotelio prominente y en tachuela junto con proyecciones papilares intraluminales, así como negatividad para GLUT-1. Estos resultados son compatibles con linfangioendoteliomatosis multifocal, por lo que se completa estudio de extensión, descubriendo una lesión vascular en plexo coroideo en la resonancia magnética cerebral, y varias lesiones vasculares en estómago tras endoscopia. No se objetivan lesiones a otro nivel. **Tratamiento:** Se inicia corticoterapia para estabilizar las cifras de plaquetas tras transfusión, y posteriormente comenzamos sirolimus, dada evidencia de adecuados resultados en el control de lesiones viscerales y de la plaquetopenia. **Conclusiones:** La linfangioendoteliomatosis multifocal es una entidad muy poco frecuente, con una prevalencia desconocida. Consiste en múltiples lesiones cutáneas y viscerales vasculares junto trombocitopenia grave, lo que puede conllevar elevada morbimortalidad por hemorragias. Dada la escasa literatura sobre esta anomalía, el seguimiento y tratamiento a medio-largo plazo no están claramente establecidos, de ahí la relevancia de presentar este caso clínico.

PD-055 FIEBRE PROLONGADA Y PANCITOPENIA. EN RELACIÓN A UN CASO

Macías García, M.; Medina Bethencourt, M.; Padilla
Lumera, E.; Santana Mateos, M.; Buzón Pérez, M.G.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 14 años, sin antecedentes de interés, derivada por cuadro febril acompañado de pancitopenia. La paciente presentó infección por SRAS-CoV-2 tres meses previos al cuadro actual, desde entonces presenta astenia persistente, pérdida de peso (apetito e ingesta conservados) y fiebre intermitente (1-2 picos febriles de 38°C a la semana). En las últimas 72 horas acude a su médico de Atención Primaria por cuadro de odinofagia y fiebre de hasta 39°C diaria donde le prescriben Amoxicilina por faringoamigdalitis aguda. Al no presentar mejoría se deriva al Servicio de Urgencias donde se realiza un hemograma en el que destaca la presencia de pancitopenia, motivo por el que es ingresada. No ha presentado exantema, hematomas ni petequias, aunque sí gingivorragia escasa tras cepillarse los dientes. No cefalea, no vómitos ni diarrea. Tiene perros en casa, contacto también con gatos. No refiere picadura evidente de insectos. Ante la persistencia de cuadro febril y neutropenia severa se decide realizar cobertura antibiótica. **Exploración clínica:** Aceptable estado general, palidez cutánea y mucosa generalizada. No lesiones cutáneas. No se palpan megalias. Resto normal. **Pruebas complementarias:** - Test Covid y Gripe: negativos. - Serologías múltiples: negativas. - Analítica sanguínea: Hemoglobina 7,6 g/dl. Leucocitos 870 (Linfocitos 660,

Neutrófilos 160). Plaquetas 56000. Coagulación normal. Dímero D 850 ng/mL. Perfil renal y hepático normal. LDH normal. PCR 136 mg/L. Ferritina 843 ng/mL. - Frotis sangre periférica: Pancytopenia con neutropenia severa. No se observan atipias celulares. Hiporreticulocitosis. - Ecografía abdominal: esplenomegalia. - Sedimento de orina: sin alteraciones. - Radiografía de tórax: normal. - Citometría de flujo en MO: Estudio compatible con leucemia aguda linfoblástica B. Una vez se confirma el diagnóstico se inicia tratamiento quimioterápico. **Conclusión:** La fiebre prolongada puede ser manifestación de entidades nosológicas tan diferentes como enfermedades infecciosas, oncológicas o reumatológicas. En un paciente que además presenta pancitopenia asociada es importante realizar un diagnóstico diferencial completo.

PD-056

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Serrano Crespo, N.¹; Romero Fernández, M.²; Valle Barrio, V.³; Gómez-Pantoja González, L.³; López Carballo, P.³; Pérez Moran, A.³; Marcos Andrés, H.⁴; Blanco Franco, M.P.⁵; López González, M.I.³; López Pacios, D.².

¹Centro de Salud de Bembibre, Bembibre (León), España;

²Real Fundación Hospital de la Reina, Ponferrada, España;

³Hospital el Bierzo, Ponferrada, España; ⁴Centro de Salud Ponferrada IV, Ponferrada, España; ⁵Centro de Salud de Cacabelos, Cacabelos (León), España

Introducción: La enfermedad de von Willebrand (EvW), es la alteración congénita más frecuente de la coagulación, causada por un defecto en la síntesis o la función del factor de von Willebrand (FvW). Su transmisión autosómica dominante. Puede haber formas recesivas. Se produce una alteración por déficit del factor. Las alteraciones más frecuentes son el sangrado de la mucosa gastrointestinal y metrorragias. **Objetivo:** Elaborar una correcta orientación diagnóstica de EvW en la consulta de pediatría, revisión de los estudios necesarios, síntomas compatibles y pruebas de laboratorio específicas para su diagnóstico. Presentación de 2 casos. **Casos clínicos: Caso 1.** Niña de 12 años que consulta por primeras reglas muy abundantes de 12 días de duración. Exploración física normal. Los resultados de la analítica muestran estudio de coagulación alterado (INR), factor VIII y FvW Actividad disminuidos. FvW Antígeno normal. Se repite analítica al mes confirmándose los resultados. **Caso 2.** Niña de 14 años que consulta por sensación de mareo y reglas muy abundantes de 14 días de duración. Exploración física normal. Los resultados de la analítica muestran el factor VIII, FvW Antígeno y FvW Actividad disminuidos. Los dos casos fueron derivados al Hospital para confirmar sospecha diagnóstica al Servicio de Hematología. **Conclusiones:** En la adolescencia las etiologías principales del sangrado menstrual excesivo (SME), son la anovulación por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y las coagulopatías congénitas (10-62%), principalmente EvW (3-36%) y la disfunción plaquetaria (3-44%). El algoritmo diagnóstico de la EvW incluye historia clínica y familiar, estudio básico de coagulación, cuantificación del factor VIII, FvW Antígeno y FvW Actividad, considerándose sospecha diagnóstica de EvW la disminución de ambos o uno de ellos. El abordaje de los trastornos de la hemostasia, es de gran importancia para establecer un diagnóstico correcto y evitar problemas que afecten a la calidad de vida física, social y emocional en adolescentes.

PD-057

EXTRAÑA LESIÓN CUTÁNEA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LINFOMA DE HODGKIN

Gómez Martín, M.I.¹; Redondo Granado, M.J.²; Martín Sierra, M.J.¹; María Guerrero, R.³; Rodríguez Del Rosario, S.⁴.

¹C.S. Tudela, Tudela de Duero, España; ²C.S. Gamazo, Valladolid, España;

³C.S. Parquesol, Valladolid, España; ⁴Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Paciente de 12 años diagnosticado a los 10 de Linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular estadio IV-A. Recibió tratamiento según protocolo EuroNet-PHL 2013 estadio TG-3 durante 6 meses lográndose remisión completa. Normalidad de estudios radiológicos y analíticos en controles trimestrales. Tras 17 meses de remisión, comienza con una lesión dolorosa pápulo nodular eritematosa de 1 cm en cara interna de brazo izquierdo que aumenta de tamaño, con bordes inflamatorios y escara central necrótica. Con la sospecha de ectima gangrenoso, se pauta tratamiento con amoxicilina clavulánico y ciprofloxacino. Se realiza analítica de sangre, hemocultivo, cultivo de frotis de la lesión, serologías para rickettsia connori y tularemia. Ante la ausencia de mejoría y negatividad de cultivos y serologías, se realiza biopsia apreciándose denso infiltrado difuso de células anaplásicas con alto índice de proliferación. Se diagnostica de linfoma anaplásico de células grandes primario cutáneo. En el estudio de extensión no se aprecian signos claros de afectación linfoproliferativa sistémica y se extirpa totalmente la lesión. En el estudio anatomopatológico se aprecia una piel con necrosis isquémico-hemorrágica sin evidencia de infiltración tumoral. Dos semanas después, aparece una lesión de iguales características en antebrazo izquierdo que se extirpa al inicio, sin evidencia de células tumorales. Se plantea el diagnóstico diferencial entre linfoma anaplásico cutáneo y papulosis linfomatoide ya que ambos procesos comparten similar anatomía patológica pero con resolución espontánea en el caso de este último. **Conclusiones:** El linfoma anaplásico cutáneo primario de células T es una entidad infrecuente y menos aún en niños. Es necesario hacer diagnóstico diferencial con otros síndromes linfoproliferativos cutáneos como la papulosis linfomatoide y con el pioderma gangrenoso. Aunque el pronóstico es bueno con supervivencia del 90% a los 10 años, es preciso seguimiento por la probabilidad de desarrollar síndromes linfoproliferativos sistémicos que, en nuestro caso, fue previo a la neoplasia cutánea.

PD-058

HALLAZGO INCIDENTAL DURANTE UNA VISITA A URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Gutiérrez Camus, A.; De Lamo González, E.;

Gómez Arce, A.; Fernández Cabo, V.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Niño de 3 años que acude a Urgencias Pediátricas de un hospital comarcal por fiebre de cuatro días de evolución (máximo 40°C axilar), a lo que asocia síntomas catarrales sin otra clínica respiratoria añadida. No vómitos, diarrea ni otra clínica digestiva. No otra sintomatología añadida ni ambiente epidemiológico en domicilio/colegio. En la exploración física, destaca frecuencia cardíaca de 113 lpm junto con tensión arterial dentro de la normalidad para su edad (90/55), encontrándose afebril y con saturación de oxígeno normal; además se objetiva un triángulo de evaluación pediátrica estable aunque con palidez cutaneomucosa

leve. Resto normal. Ante la duración de la fiebre, se realiza analítica sanguínea: Leucocitos 8.100/ μ L (Neutrófilos 49,7%, Linfocitos 40,6%, Monocitos 9,1%, Eosinófilos 0,1%, Basófilos 0,5%) Hematíes 4,53x 10⁶/ μ L, Hemoglobina 6,5 g/dL, Hematocrito 22,9%, HCM 14,3pg, ADE 21,2%, VCM 50,5 fL, CHCM 28,3 g/dL, Plaquetas 402.000/ μ L, Bilirrubina total suero 0,2 mg/dL, LDH suero 274 U/L, Proteína C Reactiva 2,4 mg/dl. Debido al hallazgo casual de anemia microcítica hipocrómica con resto de series normales y bilirrubina y LDH negativas, se decide trasladar a hospital de referencia para valoración por Hematólogo y realización de perfil férrico: hierro suero 9 μ g/dl, transferrina suero 275 mg/dl, capacidad total de fijación de hierro suero 349 μ g/dl, Índice de Saturación de Transferrina suero 2% y ferritina suero 13ng/ml. Por lo que ante el diagnóstico de anemia ferropénica bien tolerada por el paciente se decide alta domiciliaria con tratamiento con hierro oral y seguimiento por su pediatra de atención primaria. El diagnóstico diferencial y etiológico de la anemia junto con su tratamiento deben de ser conocidos por el pediatra de atención primaria, así como los criterios de derivación a atención especializada. Los hábitos dietéticos forman un gran papel en la prevención de la anemia ferropénica, por lo que es de vital importancia la promoción de la salud en este ámbito.

DEFENSA 6 – Jueves 20

PD-059

¿SÓLO ES UNA SINUSITIS?

González Herrero, M.

CAP Josep Masdevall (ABS Figueres), Figueres, España

Anamnesis: Niña de 5 años que consulta por fiebre máxima de 38,5°C y síntomas catarrales de 5 días de evolución. Asocia tumefacción periocular derecha, rinorrea purulenta y tos emetizante. **Exploración física:** Triángulo de evaluación pediátrica estable. Temperatura axilar 39°C. Edema periocular derecho, sin eritema, palpación dolorosa a dicho nivel y de dorso nasal, limitación a la abducción y dolor a la supraducción de ojo derecho. Sin otros hallazgos destacables. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea que muestra leucocitosis con desviación izquierda y aumento de proteína C reactiva (295 mg/L) y procalcitonina (73 ng/ml). Tomografía computerizada (TC) craneal: celulitis preseptal derecha y signos de incipiente extensión postseptal. Ocupación de senos maxilar y celdillas etmoidales izquierdas. Ingresa con tratamiento antibiótico endovenoso empírico (cefotaxima + clindamicina), que se cambia a amoxicilina-clavulánico por crecimiento en hemocultivo de *Haemophilus* spp sensible al mismo. A las 72 horas, presenta pico febril, aumento de flogosis periocular y paresia de extremidad inferior derecha, que motiva nuevo estudio por sospecha de complicación intracraneal. Ante empiema parafacial izquierdo en TC, precisa ingreso en intensivos, optimización de antibioterapia (cefotaxima + cloxacilina + metronidazol), adición de anticomociales más dexametasona y abordaje quirúrgico de la sinusitis persistente. Se añade terapia anticoagulante, tras constatar trombosis de vena oftálmica por neuroimagen. Mantiene una tórpida evolución clínica por extensión del empiema a convexidad frontal, requiriendo craneotomía y drenaje. Finalmente, evoluciona de manera favorable, siendo alta tras 26 días de antibioterapia endovenosa, completando 6 semanas vía oral, junto con terapia anticomocial y anticoagulante. **Conclusiones:**

La sinusitis aguda es una patología infecciosa común en pediatría, aunque a menudo infradiagnosticada. Suele requerir un tratamiento conservador en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo, es de suma importancia conocer las indicaciones de antibioterapia, así como reconocer la clínica de las posibles complicaciones locales e intracraneales para un correcto abordaje.

PD-060

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE CAUSA INFECCIOSA, UN CASO DE LEISHMANIASIS VISCERAL

Sauces Martínez, E.; Martínez Gómez, A.R.; Tomás Soldevilla, B.; Muñoz López, C.; Sánchez Tudela, P.; Acero García de la Santa, L.; Suárez Lascano, A.B.; García Cabezas, M.Á.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Lactante de 4 meses sin antecedentes de interés que acude a urgencias por fiebre de 8 días de evolución e hiporexia, sin otra sintomatología asociada. En la exploración física se objetiva palidez cutánea y destacan hepatomegalia de 2 cm y esplenomegalia de 1,5 cm. Se extrae analítica sanguínea que muestra pancitopenia (hemoglobina 7,8 g/dL, plaquetas 90.000/mcL y neutrófilos 1.000/mcL), junto con aumento de proteína C reactiva (13 mg/dL). No se observan células atípicas en el frotis sanguíneo. Se realiza radiografía de tórax normal. Ante los hallazgos se decide ingreso hospitalario, se completa estudio con serologías y hemocultivo, y se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa. A pesar de la antibioterapia persiste febril, objetivándose en sucesivos controles analíticos hipertransaminasemia, aumento de triglicéridos y ferritina, junto con disminución progresiva de las tres series hematológicas, lo que motiva la realización de aspirado de médula ósea, en la que se confirma mediante PCR positividad para leishmania, descartando fenómeno de hemofagocitosis. Posteriormente la serología para leishmania arrojó un resultado positivo débil. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal a 4 mg/kg/día durante 5 días con una sexta dosis el décimo día, quedando el paciente afebril y presentando una mejoría clínica y analítica progresiva hasta ser dado de alta con control en consultas. **Conclusiones:** La causa más frecuente de fiebre de origen desconocido (FOD) en pediatría es la infecciosa. Hasta en un 60% de los casos de FOD se observan en la exploración hallazgos etiológicos, por lo que una anamnesis y una exploración física completas son la mejor herramienta para llegar al diagnóstico. Ante cualquier lactante con fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y pancitopenia en una zona endémica se debe tener en cuenta la posibilidad de una leishmaniasis visceral. El síndrome hemofagocítico puede ocurrir como complicación secundaria a una leishmaniasis visceral, siendo fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz.

PD-061

¿ARTRITIS SÉPTICA, OSTEOMIELITIS O AMBAS?

Pérez Benito, M.; Parra Arribas, N.; Ortiz Cantero, E.; González Acedo, I. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Niño de 3 años con dolor en rodilla derecha, cojera y fiebre. Antecedente de catarro de vías altas en días previos. No traumatismo. **Exploración clínica:** Pierna en rotación externa y semiflexión, con dolor a las rotaciones de cadera y flexo-extensión de rodilla derecha. No signos inflamatorios. Deambulación con semiflexión de rodilla derecha. **Procedimientos**

diagnósticos y terapéuticos: En la analítica sanguínea destaca una leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de caderas y ambas rodillas es normal. La ecografía muestra un derrame articular anecoico de 6,2 mm en cadera derecha con ligero engrosamiento sinovial, sin afectación de rodilla. Ante la sospecha de artritis séptica, se realiza artrotomía de cadera derecha obteniéndose líquido de aspecto purulento y se inicia tratamiento antibiótico intravenoso. Hemocultivo y cultivo de líquido articular resultan negativos. En su evolución persiste limitación a la abducción de la cadera, por lo que se realiza Resonancia Magnética, donde se aprecia un aumento de señal medular en T2 de la cabeza femoral derecha junto con un foco de hipercaptación anular su mitad anterior compatible con osteomielitis aguda. **Conclusiones:** Las infecciones osteoarticulares de la infancia se manifiestan principalmente en forma de artritis séptica y osteomielitis aguda, que, en ocasiones, pueden coexistir. Describimos el caso de un paciente con artritis séptica de cadera derecha con evolución favorable a nivel analítico, pero con persistencia de limitación en los movimientos de la cadera. Ante esta situación, debe sospecharse una posible complicación, como es la osteomielitis asociada. En nuestro paciente, la administración de antibioterapia intravenosa fue clave en el proceso, así como las pruebas de imagen. Actualmente, el paciente no presenta clínica de ningún tipo.

PD-062

SÍNDROME GRIPAL, ¿ES REALMENTE NECESARIO REALIZAR UN SEGUIMIENTO?

González Acedo, I.; Pérez Benito, M.; Ortiz Cantero, E.; Parra Arribas, N. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Escolar de 4 años de edad que consulta por cuadro febril de 5 días de evolución. No presenta antecedentes de interés, correctamente vacunada. La fiebre (máx. 39,4°C) responde adecuadamente a tratamiento antitérmico y asocia mucosidad, tos intermitente y dos vómitos de contenido mucoso desde el inicio. Consultan por rechazo de la deambulación y equinismo con dolor moderado en extremidades inferiores en las últimas horas. **Exploración clínica:** Eupneica con buena ventilación de ambos hemitórax con ruidos transmitidos de vía aérea superior. A la exploración focalizada de extremidades inferiores, se objetiva importante dolor a la palpación de ambos músculos gastrocnemio y sóleos sin limitación ni rigidez de movimientos de articulaciones de rodilla y tobillo. Dolor a la dorsiflexión del pie y marcha en equino con rechazo a la deambulación tras 5-6 pasos. Niegan antecedente traumático o ejercicio físico intenso. **Procedimientos diagnósticos:** Se solicita analítica con hemograma, bioquímica con perfil renal y creatinfosfoquinasa (CPK) en la que se obtiene una cifra de linfocitos en límite inferior de la normalidad ajustado según edad del paciente con CPK aumentada (351 U/L) y función renal conservada sugiriendo cuadro de miositis aguda. Ante la clínica sugestiva de síndrome gripal se realiza test rápido de antígeno de virus influenza A con resultado positivo y sistemático de orina negativo con el objetivo de descartar posibles complicaciones (rabdomiólisis). El tratamiento consistió en reposo, oseltamivir durante 5 días y antitérmicos (evitando antiinflamatorios), y seguimiento ambulatorio con control analítico en 48 horas. **Conclusiones:** La miositis aguda viral es una complicación infrecuente producida principalmente por virus influenza A y B. En la mayoría de las ocasiones su curso será benigno y autolimitado,

sin embargo requiere una estrecha vigilancia de posibles complicaciones asociadas (rabdomiólisis). Por todo ello, consideramos imprescindible su conocimiento en Atención Primaria para poder realizar un diagnóstico y seguimiento desde nuestra consulta.

PD-063

LARINGITIS ATÍPICA, UNA ENTIDAD A CONSIDERAR

Rivas Oural, A.¹; Varela Pájaro, C.¹; Company Arciniegas, L.C.¹; García Fernández, R.¹; Saborido Fiaño, R.²; Fariña Nogueira, S.¹; García Magán, C.¹; Rodríguez Núñez, A.¹. - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Centro Saude A Pobra Caramiñal, Santiago de Compostela, España

Niño de 13 meses sano, enviado por su pediatra por estridor inspiratorio de 12 semanas de evolución, afebril y sin sialorrea. Recibió varias tandas de corticoterapia sin mejoría. No referían ingesta de cuerpo extraño, atragantamiento o disfagia. En la exploración destacaban la taquipnea con tiraje subcostal moderado, supraesternal leves y estridor marcado de predominio inspiratorio. No presentaba hipoxia. Se realizó una fibroscopia donde se observaba edema subglótico con paso reducido. La radiografía de cavum y TC de tórax fueron informados como sospecha de absceso retrofaríngeo. Se inició tratamiento con adrenalina nebulizada, metilprednisolona y antibioterapia con cefotaxima y clindamicina. No se observó mejoría con heliox. Presentó un deterioro clínico en pocas horas con fracaso respiratorio que precisó intubación orotraqueal, con tubo de menor calibre que el correspondiente a su edad. Se realizó ecocardiograma sin observar anillo vascular. Durante 12 días no se observó fuga de aire alrededor del tubo endotraqueal, por lo que se planteó una extubación en quirófano con nueva exploración de la vía aérea. Esta mostró una epiglotis normal, con cuerdas vocales ligeramente edematosas y eritema subglótico sin edema, masas o lesiones ulcerosas o de otro tipo. Posteriormente el niño se mantuvo en respiración espontánea con estridor leve que desapareció a los pocos días. La búsqueda microbiológica sólo obtuvo una PCR positiva para adenovirus. Después se detectaron serologías positivas (IgM e IgG) para virus herpes tipo 1, por lo que se realizó tratamiento con aciclovir. Las infecciones por virus herpes simple pueden dar lugar a lesiones inflamatorias subagudas, a veces necróticas, del espacio subglótico con una clínica de laringitis atípica, como la que presentó nuestro paciente. El inicio insidioso del estridor, la ausencia de fiebre, la escasa respuesta a los tratamientos habituales, sin evidencia de otras lesiones locales debe hacer pensar en esta posibilidad y en el tratamiento con aciclovir.

PD-064

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA, SOSPECHA CLÍNICA HASTA EL AÑO DE VIDA

Benítez Moscoso, G. - Hospital Vithas Málaga, Málaga, España

Introducción: La toxoplasmosis congénita es la consecuencia de la transmisión fetal por vía transplacentaria de *Toxoplasma gondii* tras la primoinfección materna. El diagnóstico en la gestante se realiza mediante serología (IgM positiva y baja avididad de la IgG). Es una infección asintomática, pero debe instaurarse tratamiento dado que disminuye el riesgo de transmisión fetal en un 60%. **Caso:** Recién nacido, asintomático, en estudio por presentar serologías maternas positivas para toxoplasmosis.

Exploración física normal. AF: Embarazo parcialmente controlado. Serología en el 2º trimestre: IgG débil e IgM positiva, resto negativas. No otras analíticas ni amniocentesis. No realiza tratamiento durante el embarazo. Pruebas complementarias 48h de vida: Ig M 0,33 (negativa < 1 UI/ml) e Ig G 650 (positivo) UI/ml. Resto del estudio normal. Dado que es un embarazo mal controlado y sin tratamiento, decidimos iniciar tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico. A la semana de vida, ecografía cerebral normal y serologías Ig M 0,56 e Ig G 650 (positivo) UI/ml. **Discusión:** La prevalencia de toxoplasmosis ha disminuido en los últimos años y la incidencia de toxoplasmosis gestacional es baja, ambas son la causa de la disminución del cribado serológico para determinar esta infección. El riesgo de infección fetal es bajo durante el primer trimestre y aumenta progresivamente, sin embargo, su gravedad es inversamente proporcional a la edad gestacional. Las gestantes con infección probable deben recibir tratamiento y realizarse PCR en líquido amniótico para demostrar la infección fetal. La IgG en neonatos carece de valor diagnóstico. En nuestro caso, no se ha demostrado infección en el recién nacido, pero los resultados negativos no descartan la infección e iniciamos tratamiento postnatal porque disminuye las secuelas a largo plazo. La mayoría de los niños infectados nacen asintomáticos, pero hasta el 80% desarrollan secuelas neurológicas o visuales.

PD-065

MI HIJA YA NO ANDA: VIRUS DE EPSTEIN BARR CAUSA DE COJERA

Del Solar Rico, J.; Borrero Sánchez, A.; González Hernández, L.I.; Escabias Merinero, C.R.; Castillo Reguera, Y.M.; Flores Méndez, B. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Niña de 2 años sin antecedentes de interés que consulta en urgencias por rechazo de la marcha y dolor en tobillo izquierdo de 24 horas de evolución. Refieren los padres que ayer andaba y hoy gatea. Asocia fiebre y deposiciones de consistencia disminuida en últimos 3 días. Niegan traumatismo o evento desencadenante. **Exploración clínica:** La paciente evita apoyo y carga sobre el miembro afecto. Rechaza la movilización pasiva y presenta llanto intenso con la manipulación. Se objetiva mínimo edema de tobillo izquierdo, sin otros signos inflamatorios. Resto de la exploración sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Análisis sanguíneo con hemograma normal y elevación de proteína C reactiva en 24,4 mg/L. Radiografía y ecografía de tobillo izquierdo sin hallazgos, por lo que no se realiza artrocentesis. Se extrae hemocultivo. Ingresa en hospitalización. Estudio de autoinmunidad y reactantes de fase aguda (ferritina, fosfatasa alcalina, velocidad de segmentación globular) negativo. Se extraen serologías a virus, incluyendo familia Herpesviridae. Evolución clínica y analítica favorable en 48 horas, con analgesia oral como único tratamiento. Alta con juicio clínico de impotencia funcional de tobillo. Posteriormente se consulta desde atención primaria pruebas complementarias pendientes y se objetivan anticuerpos IgM antiVCA de virus de Epstein-Barr. Se define el caso secundario a infección aguda por VEB tras excluir otras patologías y virus de la misma familia. **Conclusiones:** La artritis reactiva se ha relacionado con bacterias entéricas y raramente algunos virus. Las publicaciones sobre afección articular por VEB son escasas. En un contexto clínico adecuado, su determinación serológica puede ser clave en el diagnóstico de artritis

indiferenciadas. Es necesario excluir otras patologías, ya que los niveles de IgM pueden aumentar en casos de respuesta inmunitaria intensa o reactividad cruzada a otros virus. El análisis del líquido articular, habitualmente estéril, y la evolución favorable con antiinflamatorios orales apoyan el diagnóstico.

PD-066

ABSCESOS CEREBRALES TRAS UNA OTITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Aldana Villamañán, M.; Rosillo Martín, C.; Muñoz Pérez, S.; García Bermejo, A.; Guzmán Monagas, M.F.; Badillo Navarro, K.; Parra Cuadrado, E.; Escobar Pirela, H.D.; Navarro Romero, J.P.
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España

Introducción: La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones más frecuentes de la infancia. Se trata de una infección bacteriana o viral del oído medio a veces en asociación con infección de vías respiratorias superiores. Los síntomas son: otalgia, a menudo con síntomas sistémicos, sobre todo en los muy pequeños. Los niños de dos a seis meses de edad tienen mayor probabilidad de complicaciones y de OMAs de repetición. Las complicaciones como la mastoiditis (infección se disemina a las celdillas mastoideas) son poco comunes. La propagación intracraneal es extremadamente rara pudiendo causar otras complicaciones más graves como meningitis, abscesos o empiemas. **Caso clínico:** Niña de 3 años derivada desde atención primaria al servicio de urgencias por otalgia y fiebre de 5 días en tratamiento con amoxicilina a dosis adecuadas, que presenta edema y eritema en región mastoidea, despegamiento de pabellón auricular y otorrea en conducto auditivo externo. Ingresa por sospecha de mastoiditis con cefotaxima intravenoso (iv) previa analítica, hemocultivo y cultivo de exudado ótico. Crecimiento de *S. aureus* en cultivo de exudado. Mal estado general por lo que se solicita TC craneal y de peñascos: ocupación de todas las celdas mastoideas derechas por tejido de densidad partes blandas de naturaleza inflamatoria/infecciosa. Absceso subperióstico/epidural que condiciona efecto masa sobre el seno venoso. Absceso subperióstico laminar en el tejido celular subcutáneo adyacente a la cortical externa del peñasco. Se asocia vancomicina iv y se deriva para drenaje urgente. **Discusión:** La mastoiditis es una complicación poco frecuente de las OMAs en la infancia. Sin embargo, es importante una sospecha diagnóstica precoz (mala respuesta a antibioterapia empírica, despegamiento del pabellón auricular junto con eritema, etc.) para su adecuado manejo y así evitar complicaciones más graves como pueden ser los abscesos cerebrales.

PD-067

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CASOS DE PAROTIDITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Jiménez Blanco, L.; Martínez Espinosa, G.; Pulido Esteban, R.; Baeza Céspedes, C.; Martínez Campos, L.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de pacientes atendidos en urgencias pediátricas con parotiditis entre Junio de 2021 y Junio de 2022. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes al alta en Urgencias Pediátricas con diagnóstico de parotiditis, sialoadenitis o paperas en Hospital de tercer nivel entre el 1 Junio de 2021 y el 1 Junio

de 2022. **Resultados:** Se identificaron 27 casos. La edad media fue de 4,03 años (desviación típica: 1,98) Un 44,4% fueron mujeres. De 27 casos, se recogieron 25 muestras requeridas según protocolo. En ningún caso se obtuvo diagnóstico microbiológico de parotiditis por *Paramyxovirus* (MuV), estando pendiente de resultado 4 pruebas microbiológicas en el momento de la recogida de datos. 19 pacientes recibieron Vacuna MuV pauta completa (70,4%), 7 pacientes (25,92%) recibieron pauta incompleta (1 dosis), y uno de ellos no recibió ninguna dosis por ser menor de 3 años y 15 meses respectivamente. El 100% presentaron tumoración parotídea, de forma bilateral 1 (3,7%). 10 (37%) presentaron sintomatología catarral, fiebre 9(33,33%) y requirieron analítica sanguínea 8 (29,6%). 2 pacientes (7,4%) fueron hospitalizados. Se administró antibioterapia empírica en 7 (25,9%). Presentaron complicaciones 4 pacientes (14,8%) por adenitis cervical, una de ellas requiriendo exéresis. **Conclusiones:** Los datos obtenidos en nuestro estudio, aunque son limitados, coinciden con estudios similares, y muestran que las parotiditis diagnosticadas en nuestro centro son causadas por virus diferentes de MuV, por lo que sería interesante ampliar el estudio en pacientes con parotiditis y MuV negativo, como se procede en otros centros. A pesar de ello es importante remarcar que MuV continúa siendo una de las causas de parotiditis infantil, con más frecuencia en niños más mayores, y por ello es importante asegurar la vacunación, y la correcta aplicación del protocolo de MuV en los centros de Atención Primaria y Urgencias Pediátricas.

PD-068

QUERATOLISIS PUNCTATA: CONOCERLA PARA PODER DIAGNOSTICARLA

Aguilar Janita, B.¹; Hernández Monleón, I.²; Miralles Martínez, G.¹; Pérez Sanz, T.¹; Tortosa Bautista, A.¹; Fernández Aliaga, M.¹.

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia, España;

²Centro de Salud Serrería 1, Valencia, España

Introducción: La queratolisis punctata es una enfermedad infecciosa, del estrato córneo de la planta de los pies por bacterias Gram positivas. Es frecuente en adolescentes con una mayor prevalencia en deportistas, varones y épocas estivales. **Caso clínico (anamnesis, exploración clínica y procedimientos terapéuticos):** Adolescente varón deportista de 14 años con lesiones bilaterales en ambas plantas de los pies, en la zona anterior, empeine y región lateral del pie, sin afectación interdigital. Olor fuerte e intenso de pies. En la exploración clínica presenta placas eritematosas, húmedas y exudativas, formadas por la confluencia de hoyuelos redondeados de pocos milímetros, no pruriginosas. Se realiza prueba terapéutica con tratamiento tópico con corticoides, secante (Septomida), antibiótico (mupirocina) y antifúngicos (Laurimic) sin respuesta. Tras tres semanas de evolución se realiza interconsulta telemática a dermatología que ante la sospecha de queratolisis punctata recomienda tratamiento con eritromicina gel 2% hasta resolución (mínimo 2 semanas) y posteriormente hiposudul spray para controlar la hiperhidrosis. Tras esto presenta resolución de las lesiones en 4 semanas. **Conclusiones:** - La queratolisis punctata es un cuadro infradiagnosticado, que puede causar derivaciones innecesarias o tratamiento incorrectos debido a su desconocimiento. - Las manifestaciones clínicas más usuales descritas en la literatura son la triada de hipersudoración, bromhidrosis plantar

(mal olor) y lesiones cutáneas queratolíticas en la región plantar anterior. - El diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede confundirse con otros cuadros de diferente etiología como tiñas o verrugas plantares. - El tratamiento consiste en medidas higiénicas que disminuyan la hipersudoración (lavado y secado de pies diario, uso de calcetines de algodón o lino) y el uso de antibióticos tópicos (como ácido fusídico 2% o mupirocina 2%), que deben mantenerse 2-3 semanas. - El pronóstico es excelente y, con un tratamiento adecuado, el cuadro debería resolverse en 1-4 semanas, como ocurrió en nuestro caso.

PD-069

ACRODERMATITIS PAPULOSA INFANTIL, UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA

Lechón Caballero, M.C.; Ramiro Mateo, L.; Farrona Villalba, A.; Polo Moreno, J.; Torres Díaz, M.; Panduro Moreno, L.; Roco Rosa, M.; Meliton Carrasco, J.A.
Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España

Paciente varón de 13 años que acude a nuestra consulta por presentar edemas de miembros inferiores de 24 horas de evolución, asocia edema en hemicara izquierda y en ambas manos. Presenta además desde hace 4 días, exantema generalizado pruriginoso más llamativo en miembros inferiores. No otra sintomatología asociada. Como antecedente, fue diagnosticado de probable síndrome mononucleósido hace 15 días, tras presentar cuadro de faringoamigdalitis aguda tratada en un primer momento con amoxicilina oral y aparición posterior de erupción cutánea generalizada que cedió tras la retirada del antibiótico. A la exploración, destaca un exantema micropapuloso pruriginoso generalizado y confluyente de predominio en miembros inferiores y superiores. Impresiona de tobillos edematosos probablemente secundario a afectación cutánea extensa, discreto edema en dorso de ambas manos. No presenta artritis ni artralgiás, movilidad de articulación tibiooperoneoastagalina no limitada ni dolorosa. Orofaringe ligeramente hiperémica. Resto de la exploración sin alteraciones. Iniciamos tratamiento sintomático con antihistamínicos orales. Se solicita analítica sanguínea sin alteraciones, y analítica de orina, con un índice proteína/creatinina normal, resto negativo. Solicitamos también serología para VEB, CMV y Mycoplasma, obteniéndose una IgM para VEB positiva (>160 U/ml) y IgG VEB positiva 20,20 U/ml, también IgG para CMV positiva, resto negativo. La acrodermatitis papulosa infantil o Síndrome de Gianotti Crosti es una reacción cutánea inmunológica pápulo-vesicular asintomática y autolimitada de distribución simétrica relacionada con infecciones virales, siendo la más frecuente la infección por virus de Epstein Barr. La incidencia y prevalencia del SGC son desconocidas, dado que los pacientes suelen ser diagnosticados de exantema viral inespecífico, probablemente es infradiagnosticado.

PD-070

ERITEMA MULTIFORME RECURRENTE, ¿QUÉ PUEDE HABER DETRÁS?

Goez Sanz, C.¹; Garrido Redondo, M.²; Pérez Almendro, C.²; Guerrero Tejada, R.³; García Montero, M.¹; Llorente Sanz, B.¹; Rodríguez Del Rosario, S.¹; Romano Medina, A.¹.

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ²Centro de Salud Tórtola, Valladolid, España; ³Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España

Introducción: La aparición de lesiones cutáneas es un motivo frecuente de consulta en pediatría de atención primaria. **Caso clínico: Anamnesis:** Escolar de 11 años que acude a su pediatra de atención primaria por brotes recurrentes de lesiones cutáneas. Refiere resolución espontánea de las lesiones en una semana. No alergias. No antecedentes familiares de interés. No tratamiento farmacológico habitual. Niega ingesta de medicamentos. Niega infecciones recientes. **Exploración física:** Se aprecian lesiones eritematosas en morfología en diana con bordes sobreelevados y centro de coloración azulada en extremidades superiores e inferiores, así como una lesión aislada de características similares en cara. Las lesiones presentaban fenómeno de Koebner. No se aprecian lesiones en mucosas. Resto de exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Es diagnosticada de eritema multiforme recurrente. Se deriva a la paciente a Dermatología. Rehistoriando a la paciente refiere aparición de herpes labial en días previos a la aparición de las lesiones. Por el antecedente de las lesiones por virus de herpes simple, finalmente se diagnostica de eritema multiforme secundario a dicho virus. Manejo sintomático con antihistamínicos orales en caso de prurito. **Discusión:** El eritema multiforme en una reacción de hipersensibilidad que puede presentar múltiples etiologías. Entre los desencadenantes se incluyen virus, fármacos y alimentos. Dentro de la etiología infecciosa, los agentes más frecuentes son *Mycoplasma pneumoniae* y virus de herpes simple. El diagnóstico de esta entidad es clínico, debiendo descartarse la ingesta de fármacos y la presencia de antecedentes infecciosos. Nuestra paciente se diagnosticó de eritema multiforme secundario a virus de herpes simple por el antecedente de las lesiones cutáneas labiales características de este virus. El tratamiento es sintomático.

DEFENSA 7 – Jueves 20

PD-071

CON EL MENINGOCOCO NOS HEMOS TOPADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Prieto, F.; Sierra Capitán, P.; García Díaz, F.J.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Niña de 2 años que acude al servicio de urgencias por cuadro febril de 6 horas de evolución y lesiones en la piel, que describe su madre como "mijitas", las cuales habían aparecido hace menos de 1 hora. No otros síntomas asociados. Como antecedentes personales, no vacunada y riesgo social. 3 hermanos sin vacunar. Durante la exploración, nos llama la atención el decaimiento llamativo y palidez marcada. No signos meníngeos. Al desvestirla, nos llama la atención, lesiones petequiales y purpúricas generalizadas, mayores en tronco y miembros superiores, asociando equimosis en brazo derecho. Ante esta situación, pasamos a sala de emergencias, donde se canalizan dos vías, se extraen hemocultivo y analíticas y se pone dosis de cefotaxima intravenosa, y se comienza vancomicina. Constantes: TA normal, que, a su llegada a cuidados intensivos pediátricos, tras pase de bolo de suero salino fisiológico, comienza a bajar, taquicárdica de 160 y en las pruebas de laboratorio: láctico de 5 mmol/L, proteína C reactiva normal, procalcitonina de 28,35 ng/ml y prolongación de los tiempos de coagulación. Durante su estancia en Cuidados Intensivos precisa de intubación, transfusiones y drogas vasoactivas, mejoría y finalmente

dada de alta a los 7 días. En este caso no crece ningún patógeno ni en líquido cefalorraquídeo ni en hemocultivo, pero si lo hace en su hermana de 7 meses, la cual acude por fiebre de 1 hora de evolución y crisis febriles, creciendo en hemocultivo *Neisseria Meningitidis* serotipo B. Lo importante que se quiere destacar en este caso, es a la gran importancia de detectar a tiempo estas lesiones, por la gran gravedad de la patología subyacente, así como el inicio precoz de antibioterapia, después de extraer hemocultivo, pero nunca retrasando la administración de dicho antibiótico, y por supuesto, y más importante, la importancia de la vacunación como medida de prevención.

PD-072

HEPATITIS COLESTÁSICA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

Beltrán García, S.; Aviñó Llacer, A.; García Henarejos, M.;
Martínez Bayo, A.; Porcar Lozano, S.; Pareja Marín, F.; Olmos
García, J.M. - Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

Introducción: La infección por virus de Epstein Barr (VEB) en población pediátrica suele cursar de manera asintomática o como síndrome mononucleósico, que asocia de forma frecuente una hepatitis anictérica. La hepatitis colestásica por VEB es una manifestación infrecuente. **Resumen del caso:** Adolescente de 12 años que consulta por tinte icterico, coluria y astenia de 24 horas de evolución. Afebril. Asocia odinofagia, sin otra clínica referida. A la exploración destaca ictericia generalizada y conjuntival. Dolor a la palpación en ambos hipocondrios y hepatomegalia de 3 cm sin esplenomegalia. Puño-percusión negativa. Orofaringe hiperémica con exudados fibrinosos, y adenopatías laterocervicales bilaterales, la mayor de 4 x 2 cm. Dado el cuadro de ictericia y hepatomegalia se realiza estudio analítico donde destaca una hiperbilirubinemia (4,88 mg/dL) a expensas de bilirrubina directa (4,5 mg/dL), con patrón de citólisis (ALT 206 U/L y AST 168 U/L) y colestasis (GGT 71 U/L con FA en límite alto de normalidad) y leucocitosis con linfocitosis (77%), sin otros hallazgos destacables. Ante cuadro compatible con hepatitis mixta se solicita serología de virus hepatotropos (CMV, VHB, VHC, VHA y VEB), con IgM positiva para VEB. En las primeras 24 horas queda afebril con mejoría clínica y de la coluria, por lo que se decide alta hospitalaria con seguimiento en consultas externas. Al mes del alta se constata resolución completa de la ictericia, sin nuevo episodio de coluria, y normalización completa de los parámetros bioquímicos con aumento de IgG secundaria al proceso infeccioso. **Conclusiones y comentarios:** - Ante una ictericia colestática debemos de solicitar serología de virus hepatotropos (etiología más frecuente). - La hepatitis colestásica secundaria a infección por VEB es poco frecuente en la población pediátrica, siendo más común en población adulta. - Los pacientes con infección por VEB y patrón citolítico requieren un control clínico estrecho para constatar mejoría clínica y analítica.

PD-073

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Buzón Pérez, M.G.; Lanero Olivencia, B.; Medina
Bethencourt, M.; Macías García, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Lactante de 3 meses que acude a urgencias por tumoración cervical izquierda, que sus padres aprecian tras episodio de irritabilidad hacía 2 horas. Afebril en todo momento. No otros síntomas. Como antecedentes de interés, presenta *Estreptococo* grupo B positivo en frotis vagino-rectal materno (profilaxis antibiótica completa). En la exploración destaca bultoma cervical submandibular izquierdo de 4 cm con piel suprayacente eritematosa y aumento de temperatura local. Decidimos paso a observación y realizamos analítica, hemocultivo, punción lumbar y detección de virus múltiples que resultaron negativas, salvo leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva de 12,2 mg/L. En ecografía cervical lesión inflamatoria de 30 × 20 mm con área central de menor ecogenicidad compatible con abscesificación. Se decide ingreso en planta para tratamiento antibiótico intravenoso con ampicilina y cefotaxima por sospecha de adenitis/celulitis por *Estreptococo Agalactiae*. Sin embargo, rehistoriando a la familia, refieren que al mes de vida le realizaron agujeros para pendientes y presenciaron en la zona pequeñas costras oscuras a pesar de adecuada desinfección. Por tanto, se cambia a Cefuroxima + Clindamicina ante la sospecha de puerta de entrada cutánea, recogiendo cultivo de la zona y frotis nasal. Además, fue valorado por cirugía pediátrica que realizó drenaje, saliendo contenido purulento del que se recogió cultivo. Tras aislar *Estafilococo Aureus* meticilin sensible en todas las muestras, se desescala antibiótica intravenosa a cefazolina. Tras una evolución favorable, se procede al alta con cefadroxilo oral. **Conclusión:** La adenitis cervical es habitual en la infancia, especialmente en los menores de 5 años. Su etiología más frecuente es infecciosa, siendo *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* los patógenos más frecuente en los casos unilaterales. En toda adenitis es importante descartar una puerta de entrada cutánea como posible etiología, por lo que realizar una buena anamnesis es indispensable ya que puede modificar nuestra sospecha diagnóstica y actitud terapéutica.

PD-074

TINEA FACIEI: UN RETO DIAGNÓSTICO

Martín Galache, M.; Hernández Pinchete, S.; Escalona Gil, A.M.; Mosquera Froufe, M.; Pérez Baguena, M.P.; López Ávila, F.J.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Niño de 7 años que consulta en Urgencias Pediátricas por lesión pruriginosa en mejilla izquierda de 15 días de evolución. No presenta otras lesiones cutáneas ni otra sintomatología. Afebril. En los días previos, habían aplicado pomadas de corticoide y cotrimazol tópico, sin mejoría. Refería contacto con animales (ovejas, conejos, caballos, perros y gatos) en finca familiar, que no presentaban lesiones, y se encontraban adecuadamente controlados. **Exploración clínica:** Se observa placa anular sobreelevada eritemato-descamativa, bien delimitada, de 3 cm de diámetro, en dorso de mejilla izquierda. No lesiones satélites. Resto de exploración cutánea y de anejos normal. Adenopatía laterocervical izquierda de 1 × 1 cm, no adherida. **Procedimientos diagnóstico-terapéuticos:** - Interconsulta a Dermatología: Realizan recogida de escamas de periferia de la lesión, con diagnóstico de sospecha de tinea faciei. Se pauta tratamiento con terbinafina oral (125 mg/día 28 días) y cotrimazol tópico (14 días). - Resultados Microbiología: se aísla *Tricophyton mentagrophytes*. **Conclusiones:** Tinea faciei es una micosis superficial

producida por hongos filamentosos. En España los agentes más frecuentes son *Microsporum canis* y *Tricophyton mentagrophytes*. Presenta dos picos de incidencia: en población pediátrica (asociada al contacto con mascotas) y en población adulta (exposición ocupacional o actividades de ocio con animales). El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras dermatosis como dermatitis atópica, dermatitis seborreica, lupus discoide o rosácea. El tratamiento se basa en la aplicación de imidazólicos o terbinafina tópica, asociando antifúngico sistémico en casos de afectación extensa o respuesta lenta. Es importante tener un alto índice de sospecha y ante duda diagnóstica, realizar una recogida de escamas para estudio microbiológico, dado que apresurarse a medicar con corticoesteroides puede dar lugar a la aparición de una tinea incognita y entorpecer el diagnóstico final. El uso prolongado de mascarillas faciales durante la pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) ha incrementado la aparición de estas tiñas faciales.

PD-075

COMPLICACIONES INTRACRANEALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Medina Bethencourt, M.; Macías García, M.; Buzón Pérez, M.G.; González Acedo, I.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Paciente de 9 años que consulta por fiebre de hasta 39,7°C y cefalea frontal intensa de tipo punzante desde hace 24 horas. Refiere síntomas catarrales la semana previa. A la exploración únicamente destaca hiperemia faríngea. Es dado de alta con antipiréticos. Reconsulta a las 24 horas por cuadro de desconexión total del medio, mirada y cuello lateralizado a la derecha con sialorrea e hipertonía de miembros sin movimientos clónicos. A los pocos minutos presenta nuevo episodio de las mismas características que en esta ocasión destaca a la exploración: aceptable estado general con decaimiento y bradipsiquia. **Pruebas complementarias:** - Líquido cefalorraquídeo normal. - Tomografía computerizada: Ocupación subtotal del seno maxilar izquierdo en relación a sinusopatía crónica. - Resonancia magnética: colección extraaxial dural fronto-parietal izquierda y cistura interhemisférica. Se asocia a una ocupación global de senos maxilar/etmoidal y frontal izquierdo, en relación con extensa sinusopatía inflamatoria / infecciosa con extensión por contigüidad. - Analítica con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. **Evolución:** Se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso y drenaje quirúrgico. En el cultivo de exudado se aísla un *Streptococcus intermedius* y se modifica la antibiótica según sensibilidad. Mejoría progresiva hasta el alta. **Conclusiones:** - La sinusitis consiste en la inflamación de uno o más senos paranasales asociada habitualmente a la inflamación de la mucosa nasal. Aparecen complicaciones en un 4 a 11% de la sinusitis aguda bacteriana. - Dentro de las complicaciones intracraneales podemos diferenciar: absceso epidural o subdural/cerebral, trombosis de seno cavernoso o sagita y meningoencefalitis. - Las complicaciones de la sinusitis pueden dar lugar a cuadros graves. La identificación de complicaciones intracraneales requiere alto grado de sospecha. Se han de descartar en pacientes con mala evolución clínica a pesar de la instauración de tratamiento adecuado, o bien ante la aparición de nueva clínica sugestiva.

PD-076
ATAXIA EN PACIENTE DE 16 MESES
CON CLÍNICA CATARRAL

Andrade Díaz, C.; Capdevila Salvans, B.; Buzón Pérez, M.G.;
 García Díaz, F. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 16 meses consulta por cojera derecha de 24 horas de evolución. Pico febril de 38°C, resto febrícula. Se acompaña de tos y rinorrea. No vómitos ni deposiciones diarreicas. Antecedentes de infección boca-mano-pie hace un mes. No vacunación reciente. Hermano con faringoamigdalitis en tratamiento antibiótico. **Exploración física:** Presenta orofaringe hiperémica, sin exudados, con un exantema micromaculoso generalizado. Se exploran caderas, que son normales. En la exploración neurológica se aprecia gran irritabilidad, aumento de la base de sustentación, marcha inestable, sin signos de irritación meníngea; nivel de consciencia conservado. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante estos hallazgos, se deriva a Urgencias hospitalarias para continuar estudio. Se solicita radiografía de caderas (normal), analítica sanguínea (normal salvo PCR 15 mg/L), hemocultivos (serán negativos), sistemático de orina (ligera proteinuria), drogas de abuso en orina (negativas), PCR de aspirado nasofaríngeo (Rinovirus positivo) y TAC craneal (normal). Ante persistencia de clínica, se realiza punción lumbar. Se envían muestras para cultivo (negativos), bioquímica (8 leucocitos, 88% mononucleares, resto normal), Gram (negativo) y film array, positivo para Enterovirus. En espera de resultados, recibió aciclovir intravenoso que se suspendió posteriormente. Ante aumento de inestabilidad de la marcha, se ingresa en planta para vigilancia clínica. Se solicitó electroencefalograma (normal) y RMN con contraste, donde como hallazgo incidental se describe anomalía venosa del desarrollo parietal izquierda. Evolución clínica favorable durante su ingreso en Planta. Queda afebril a las 24 horas de ingreso, con buen estado general. Mejoría progresiva de la inestabilidad de la marcha con exploración neurológica normal al alta, con diagnóstico de cerebelitis aguda por enterovirus. **Conclusiones:** Ante ataxia aguda en paciente con clínica infecciosa debemos pensar en etiología viral como el Enterovirus, que suele producir un cuadro leve, que se autolimita sin secuelas. A pesar de ello, debemos descartar patología potencialmente grave como tumores, hemorragias, meningitis, entre otras.

PD-077
CEFALEA COMO SÍNTOMA DE ALARMA EN SINUSITIS:
A PROPÓSITO DE UN CASO

García Díaz, F.J.; Zubimendi Pérez, R.M.; Sierra Capitán, P.;
 Martínez Prieto, F. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Paciente de 13 años que consulta en urgencias por fiebre de 6 días de evolución asociada a cefalea coincidiendo con picos febriles y algún episodio de vómito autolimitado. Durante su estancia en urgencias sufre un empeoramiento brusco con cefalea frontal intensa y decaimiento. A la exploración destaca: decaimiento, ligera obnubilación y bradipsiquia con Glasgow fluctuante 13-15. Dudosa rigidez nuchal sin evidentes signos meníngeos. Ante estos hallazgos se solicita tomografía computarizada (TC) de cráneo sin contraste que descarta in situ datos de hipertensión intracraneal y sangrado por lo que se decide realizar punción lumbar (PL) ante la sospecha de meningoencefalitis. En la sala de procedimientos presenta crisis tónica generalizada

que cede tras la administración de dos dosis de midazolam intravenoso, posponiéndose la PL hasta estabilización. Tras ello, se realiza PL obteniéndose líquido claro y se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima y aciclovir intravenoso. Se recibe informe de TC de cráneo en el que se detecta sinusitis frontal, maxilar y etmoidal izquierda. El paciente continúa con disminución del nivel de conciencia, respuesta de retirada a estímulos dolorosos y escasa respuesta verbal, por lo que se solicita TC de cráneo con contraste ante la sospecha de complicación intracraneal de la sinusitis, detectándose trombosis parcial de la mitad anterior del seno venoso sagital superior, y se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos para tratamiento y monitorización estrecha. Como conclusión destacar la importancia de conocer las posibles complicaciones endocraneales de la sinusitis (meningitis, abscesos cerebrales, abscesos subdurales o extradurales y tromboflebitis de senos venosos), pues son cuadros poco frecuentes pero con una elevada morbimortalidad si no se diagnostican y tratan rápidamente. Son los adolescentes varones el subgrupo más frecuentemente afectado y se cree que es debido a la mayor vascularización del hueso diploico.

PD-078
ESCABIOSIS REFRACTARIA A TRATAMIENTO TÓPICO
¿Y AHORA QUÉ?

Baeza Céspedes, C.; Jiménez Blanco, L.; Álvarez Pérez, I.;
 Huber, E.A.; Martínez Campos, L.
 Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Anamnesis: Lactantes de 11 y 8 meses, diagnosticados de escabiosis desde hace 9 y 2 meses respectivamente. Desde entonces, realizados múltiples ciclos de tratamiento con Permetrina 5% tópica con respuesta parcial y recurrencia posterior. Administrado tratamiento a todos los convivientes, además de haber llevado a cabo recomendaciones generales. Son derivados por sus pediatras de Atención Primaria a Consultas Externas de Infectología pediátrica para valoración. **Exploración clínica:** Pesos: 9,570 kg y 8,700 kg. Ambos pacientes se encuentran con buen estado general, presentando lesiones nodulares sugestivas de escabiosis en palmas de manos y pies, tronco, cuero cabelludo y zona retroauricular. Resto de la exploración sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante el diagnóstico clínico, y recurrencias con tratamiento tópico (asegurando su correcta aplicación), se decide tratamiento fuera de ficha técnica con Ivermectina oral a 0,25 mg/kg, dos dosis separadas por 7 días. En total, se dan dos dosis de 2 mg (cápsulas realizadas por Farmacia Hospitalaria, teniendo que mezclar el contenido con alimento). En revisiones posteriores se observa muy buena respuesta clínica, con mejoría de las lesiones presentes y no aparición de nuevas en otras localizaciones. No presencia de efectos secundarios debidos a la medicación. **Conclusiones:** Los casos de escabiosis refractaria a múltiples ciclos de Permetrina 5% tópica en nuestra población están en alza, teniendo que plantear segundas líneas de tratamiento. El uso de Ivermectina oral en dos dosis de 0,25 mg/kg, separadas 7 días, puede ser una alternativa eficaz de tratamiento en pacientes con menos de 15 kilos y escabiosis refractaria a tratamiento tópico. Actualmente se encuentra fuera de ficha técnica (su uso está aprobado en adultos y niños con más de 15 kilos de peso), pero su uso conlleva más beneficios que riesgos, con gran respuesta terapéutica y sin efectos secundarios documentados.

PD-079

DE LA LATA AL INTESTINO: DIARREA ENTEROINVASIVA EN LACTANTE ALIMENTADO CON LACTANCIA ARTIFICIAL

Díaz Méndez, I.; Farrona Villalba, A.; Palacios Fernández, N.; Raya Tejero, C.; Puyana Rodríguez, J.M.; Bermejo Rodríguez, I.M.; Mora Matilla, M.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Anamnesis: Lactante de 4 meses que consulta a su pediatra de atención primaria por deposiciones de menor consistencia y más frecuencia de lo habitual, con sangre y moco. Al inicio ingesta oral conservada y buen estado general, con fiebre de 38° en domicilio. En consultas sucesivas, deposiciones de las mismas características, afebril pero con menor ingesta oral. Se realiza coprocultivo y antígenos de virus en heces en su Centro de Salud, siendo negativos. Se pauta leche hidrolizada pero al continuar la clínica, los padres acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias. **Antecedentes personales:** - Embarazo controlado, ecografías prenatales normales. - Parto por cesárea a término por placenta previa, sin incidencias. - Lactancia artificial desde el nacimiento. - Calendario vacunal completo, incluyendo Rotavirus. - Dermatitis atópica. - Padres sanos y asintomáticos, no hermanos. - No acude a guardería. **Exploración clínica:** Regular estado general, palidez cutánea, llanto sin lágrima y mucosa orolingual pastosa. Abdomen sin hallazgos. Poco activa, aunque reactiva. Resto sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Gasometría capilar: acidosis metabólica e hiponatremia. - Analítica sanguínea: leucocitos con linfocitosis, normonatremia, PCR de 44,9 mg/dL y PCT de 1 ng/ml. La paciente ingresa para rehidratación intravenosa. Durante el ingreso presenta episodios de llanto y encogimiento de piernas, continúa con abundantes deposiciones con sangre y rechazo a la ingesta, realizándose ecografía abdominal que es normal. Se cursa coprocultivo donde se aísla *Yersinia Enterocolítica*. Ante la edad de la paciente e intensidad de la clínica, se inicia antibioterapia con cefotaxima intravenosa y posteriormente con cotrimoxazol oral. Se realiza notificación a Salud Pública. **Conclusiones:** 1. Ante un lactante con deposiciones diarreicas con productos patológicos junto con fiebre, debemos descartar la existencia de una gastroenteritis enteroinvasiva. 2. Hay que valorar la repetición de pruebas complementarias si la evolución de los pacientes no es la esperada. 3. La infección gastrointestinal por *Yersinia Enterocolítica* es una enfermedad de declaración obligatoria.

PD-080

SINUSITIS AGUDA, COMPLICACIONES Y CÓMO ENCONTRARLAS

Mimbrero Gutiérrez, V.¹; Íñigo Gil, J.¹; Rodríguez Torres, M.¹; Márquez Caballero, J.²; Lucas Escalante, C.¹; Poses Vega, S.¹.

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España;

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

La sinusitis aguda consiste en la inflamación de la mucosa de los senos paranasales, surgiendo mayormente como complicación de una infección vírica de las vías respiratorias altas. Las características anatómicas y el continuo desarrollo de los mismos durante la edad pediátrica constituyen una vía de acceso fácil a la cavidad orbitaria e intracraneal. Las complicaciones intracraneales son infrecuentes e inadvertidas ante la disparidad entre la gravedad de la patología y la clínica poco florida, siendo el diagnóstico precoz un factor primordial de cara al pronós-

tico. A continuación, exponemos un caso clínico al respecto. **Anamnesis y exploración:** Varón, 9 años. Acude a urgencias por odinofagia, fiebre (39,7°C) y cefalea frontal punzante desde hace 3 días. Analítica urgente con PCR de 67 mg/dl como único hallazgo. Tras 24 horas reconsulta por dos episodios de crisis epilépticas (desconexión del medio, mirada y cuello lateralizado a la derecha, sialorrea e hipertonia de miembros): la primera autolimitada a los 5 minutos y la segunda cede tras midazolam. Glasgow 9/15, pupilas mióticas reactivas a la luz. No signos meníngeos ni de focalidad neurológica. **Pruebas:** - Analítica (hemograma, bioquímica y reactantes), hemocultivo y TC craneal (sin alteraciones). - Punción lumbar: 87 células (predominio PMN), virus neurotrópos (enterovirus, VHS y VVZ) negativos. No disociación albumino-citológica. - Electroencefalograma con hallazgos compatibles con encefalitis. - RMN cráneo: "colección subdural fronto-parietal izquierda y en cisura interhemisférica en relación con sinupatía inflamatoria/infecciosa". **Tratamiento:** Al ingreso se inicia cefotaxima y vancomicina, dexametasona (suspendida tras resultados de EEG), levetiracetam y metronidazol. Se contacta con neurocirugía de centro de referencia para traslado. Este caso es un ejemplo de la importancia de la historia clínica y una exploración minuciosa para esclarecer signos precoces de complicaciones con alta tasa de morbimortalidad como es el empiema subdural. Conocer la vacunación y el estado inmunológico permite establecer un tratamiento empírico eficaz.

PD-081

SOBREVIVIR A LA SEPSIS: SHOCK COMO PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE UNA ENFERMEDAD SUBYACENTE

Baamonde Andrade, A.; Hidalgo Hidalgo, V.; Guzmán Vizcaino, M.M.; Egea Giménez, M.L.; Machí Castañer, I.; Sánchez Forte, M. - Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Anamnesis: Niña de 5 años, sin antecedentes de interés, que consulta en Urgencias por fiebre de 5 días de evolución de hasta 40,2°C y odinofagia (en tratamiento con Amoxicilina), asociando dolor abdominal, vómitos y oliguria en las últimas 48 horas. **Exploración física:** Mal estado general, taquicárdica, taquipneica y con hipotensión arterial. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se extrae analítica con aumento de reactantes de fase aguda, hipertransaminasemia con patrón colestásico e hipercoagulabilidad e ingresa en UCIP por sospecha de sepsis, iniciando antibioterapia empírica y estabilizándose hemodinámicamente. El segundo día de ingreso presenta poliserositis e ileítis, además de un exantema maculo-eritematoso en tronco. Tras una semana de hospitalización, desarrolla íleo paralítico con resolución en 24 horas. El 10º día en control analítico se objetiva trombocitosis marcada. Se reevalúa la evolución clínico-analítica de la paciente, cumpliendo criterios de Enfermedad de Kawasaki incompleta: anemia, hipoalbuminemia, hipertransaminasemia, leucocitosis, trombocitosis (plaquetas 891400/uL) y PCR 15,42 mg/dL. Se realiza ecocardiograma evidenciándose insuficiencia mitral leve. En las 24 horas posteriores presenta descamación de pulpejos de dedos de manos y pies, con normalización de la PCR; iniciándose tratamiento antiagregante con AAS. Alta tras 12 días de hospitalización, persistiendo en controles ecocardiográficos posteriores leve insuficiencia mitral. **Conclusiones:** El shock es un síndrome agudo caracterizado por una insuficiencia circulatoria generalizada, con perfusión tisular insuficiente que impide la correcta oxigenación de órganos

vitales. En pediatría el tipo más frecuente es el shock hipovolémico, seguido del séptico. El síndrome Kawasaki-shock es una causa poco frecuente de shock en los niños; sin embargo debe tenerse en cuenta su existencia, sobre todo en los casos de persistencia de fiebre a pesar de antibioterapia y cultivos negativos. La reevaluación clínica y analítica continua es importante para realizar el diagnóstico lo más precoz posible y evitar las secuelas.

PD-082

SOSPECHA DE ADENOFLEMÓN DE ORIGEN DENTARIO. DIAGNÓSTICO FINAL, QUISTE MANDIBULAR

Gutiérrez Camus, A.; Gómez Arce, A.; De Lamo González, E.;
Fernández Cabo, V.; Méndez Sierra, A.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Niño de 9 años que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas por tumoración a nivel mandibular inferior, indoloro, desde hace dos días. Afebril en todo momento. Buena deglución. No dolor con la masticación ni con ningún tipo de comida. No otra sintomatología referida. Acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria al inicio del cuadro, donde sospecharon de adenoflemón dentario, motivo por el que se inició tratamiento con Amoxicilina-clavulánico. Reacude ante la persistencia de la clínica. En la exploración física destaca abobamiento de la cortical mandibular, a nivel de sínfisis y hacia cuarto cuadrante, sin percusión de ninguna pieza dentaria ni movilidad de alguna de ellas. Se realiza ortopantografía donde se objetiva gran quiste a nivel de la parasínfisis izquierda con canino en basilar incluido en quiste. Se solicita Tomografía Computarizada (TC) donde se confirman los hallazgos y se incluye en lista quirúrgica para intervención y extirpación del mismo. En el diagnóstico diferencial de las lesiones odontogénicas, debemos incluir las tumoraciones mandibulares, de las cuales la mayoría son benignas y de apariencia lítica, bordes lisos y crecimiento expansivo. En cambio, si presentan bordes mal definidos pueden corresponderse con tumores malignos o infección. Cuando las lesiones son grandes es difícil el diagnóstico diferencial entre tumores odontogénicos y no odontogénicos, por lo que el TC es útil para dicha evaluación.

DEFENSA 8 – Jueves 20

PD-083

ESTUDIO NOVACARE- ESTUDIO ECOLÓGICO DESCRIPTIVO DEL MANEJO DE LA ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA NO IGE MEDIADA EN POBLACIÓN INFANTIL EN ESPAÑA

Medina Ruiz, M. - Centro de Salud Marina Española de Elda, Elda, España

Objetivos: Diagnóstico, seguimiento y manejo de los niños que presentan APLV no IgE. **Métodos:** Estudio ecológico, descriptivo y multicéntrico de ámbito nacional. **Resultados:** Participaron 250 pediatras. Cumplimentaron un cuestionario enfocado a conocer el manejo de la APLV seleccionando 6 pacientes con APLV arrojando una muestra de 1500 pacientes. Un 30,2% presentaron APLV. Un 24,6% APLV mediada por IgE y un 58,7% no mediada. Un 72,9% fueron lactantes de 0-6 meses de edad presentando un 29,4% de ellos AF de atopia de primer grado y un 24% AF de alergia. Los síntomas que presentaron fueron cólicos (82,5%), rechazo a la alimentación (72,9%), reflujo

gastroesofágico (68,1%) y sangre en heces (67,7%). Un 23,4% se manifestaron con lactancia materna exclusiva, un 45,4% con lactancia artificial y un 31,2% con lactancia mixta. En niños que desarrollaron APLV no-IgE alimentados exclusivamente con biberón, un 53,1% recibieron una fórmula extensamente hidrolizada (FEH) sin fibras espesantes, un 26,1% recibieron FEH con fibras y un 9,2% fórmulas con arroz hidrolizado. Durante las pruebas de exclusión un 10,8% de niños con FEH sin fibras tuvo que cambiar de fórmula, así como un 5,2% de los pacientes con FEH con fibras. Tras el diagnóstico de APLV se pautó FEH con fibras a un 64,2% de los niños y FEH sin fibras a un 29,3%. Se tuvo que modificar la FEH en un 34,4% del total, teniendo que cambiar de FEH sin fibras a FEH con fibras en un 23,3% de casos. Se observó que los niños que cambiaron de FEH sin fibras a FEH con fibras mejoraron en disminución del número de regurgitaciones (46,6%), volumen de las mismas (43%), consistencia de las deposiciones (42,2%), disminución del llanto (42,2%) e irritabilidad (44,6%). **Conclusiones:** Las FEH con fibras espesantes se mostraron como una primera opción eficaz en el manejo de los pacientes con APLV no IgE mediada de sintomatología leve y moderada con un mejor control de la sintomatología al pasar de FEH sin fibras a las FEH con fibras espesantes.

PD-084

ANEMIA FERROPÉNICA GRAVE EN LACTANTE DE ORIGEN PAKISTANÍ: EL CRIBADO DE FERROPENIA EN NIÑOS DE RIESGO

Abreu Fernández, C.; González De Val, M.C.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante mujer, 8 meses de edad. En una visita a Urgencias por vómitos, se detecta en analítica una hemoglobina de 4,3 g/dL. Embarazo normal a término (peso al nacimiento: 3.480 g, percentil 60). Lactancia materna hasta el tercer mes, desde entonces alimentada exclusivamente con biberones de leche entera de vaca con cereales. Padres pakistaníes, niegan antecedentes familiares de anemia, aunque otra hija de 4 años también la padeció. No datos de sangrado digestivo. Se detecta estancamiento ponderal desde los 5 meses al revisar los informes de sus escasas revisiones de salud, presentando curvas de peso, talla y perímetro craneal en el percentil 10 en el momento actual. **Exploración física:** Peso 7 kg. Tª 36,8°C. Frecuencia cardíaca 110 lpm. Tensión arterial sistólica/diastólica 90/65 mmHg. Buen estado general. Palidez cutáneo-mucosa. No exantemas ni petequias. Orofaringe y otoscopia bilateral normal. Auscultación cardíaca: ruidos rítmicos, soplo sistólico II/VI. Auscultación pulmonar y abdomen normal. Neurológico normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Hemograma: Hemoglobina 4,3 g/dL, hematocrito 16%, VCM 54,8 fL, índice reticulocitario 0,09%, ferritina 9,1 ng/mL. Serie blanca normal. Plaquetas 751.000. - Bioquímica: glucosa 99 mg/dL. Perfil renal y hepático normales. Iones en rango. - PCR 0,4 mg/L. - Frotis de sangre periférica: intensa anisopoikilocitosis y doble población (mínima normocítica normocrómica y otra hipocrómica microcítica). Anemia hiporregenerativa compatible con ferropenia intensa. No signos de hemólisis. Trombocitosis de aspecto reactivo. Fórmula leucocitaria normal sin atipias celulares. Ingreso por anemia ferropénica grave y fallo de medro. Se transfunde concentrado de hematíes y dosis de hierro carboximaltosa intravenosa y se explican pautas de alimentación complementaria a

la familia. **Conclusiones:** Los niños inmigrantes son un grupo de riesgo de ferropenia, pues suelen tener dietas deficientes en proteínas animales propiciadas por sus costumbres. El pediatra, especialmente desde Atención Primaria, debe conocer este riesgo y detectar precozmente estados de ferropenia para evitar complicaciones posteriores.

PD-085

POINT OF CARE TESTING EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO PREDICTOR DEL DAÑO HISTOLÓGICO EN PACIENTES CELÍACOS

Guisado Rasco, M.C.¹; Segura Montero, V.²; Ruiz Carnicer, Á.²; Comino Montilla, I.²; Espín Jaime, B.³; Sousa Martín, C.²; Coronel Rodríguez, C.¹.

¹C.S. Amante Laffón, Sevilla, España; ²Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla, Sevilla, España;

³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Madre de 44 años y sus dos hijas gemelas de 11 años diagnosticadas de enfermedad celíaca desde hace 3 años acuden a revisión en atención primaria. **Exploración clínica:** Asintomáticas, refieren una adecuada y estricta adherencia a la dieta sin gluten. En la última revisión endoscópica de la madre se evidencia enteropatía con daño histológico persistente en biopsias seriadas (previamente normales) y serología de enfermedad celíaca normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante el daño histológico persistente se realiza encuesta dietética por parte del personal experto, analítica rutinaria de control que fue normal. Se les realiza en la consulta de atención primaria el test para la detección de péptidos inmunogénicos del gluten (GIP) en orina, obteniéndose resultados positivos y confirmándose una transgresión dietética no voluntaria. **Conclusiones:** Actualmente el único tratamiento de la enfermedad celíaca es una dieta estricta sin gluten. Una ingesta mínima es suficiente para producir daño histológico en la mucosa y perpetuar la enteropatía con el consiguiente riesgo de complicaciones a medio y largo plazo. No obstante las transgresiones dietéticas, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, son frecuentes en un elevado porcentaje de nuestros pacientes. De forma clásica se han utilizado la serología (anticuerpos antitransglutaminasa, anti-endomisio y anti-gliadina), encuestas dietéticas y biopsias para monitorizar la adherencia a la dieta sin gluten. Estas metodologías presentan inconvenientes de ser técnicas invasivas, tediosas y poco fiables. Además, presentan una respuesta lenta y no son capaces de detectar transgresiones puntuales. Sin embargo, la determinación de GIP en orina permite monitorizar el consumo de gluten de forma no invasiva, eficaz y reproducible, detectando precozmente incluso la ingesta de cantidades mínimas, por lo que se consigue así adelantarnos y proporcionar información indirecta del daño histológico. Ambas determinaciones constituyen un nuevo arsenal diagnóstico-terapéutico en el seguimiento de la enfermedad celíaca.

PD-086

LACTANTE CON PÉRDIDA DE PESO, LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rodríguez Del Rosario, S.¹; Redondo Granado, M.J.²; Gómez Martín, I.³. - ¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;

²Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid, España;

³Centro de Salud Tudela de Duero, Valladolid, España

Anamnesis: Varón de 15 meses que comienza con pérdida ponderal y heces diarreicas, conservando apetito. Antecedentes sin interés. Lactancia materna tres meses. Alimentación complementaria sin incidencias. El percentil de peso bajó del 75 al 25 a los 18 meses. Talla y perímetro cefálico normales. En sucesivos controles, persisten deposiciones blandas, sin vómitos, aumento de ingesta, distensión abdominal y adelgazamiento. **Exploración clínica:** Buen estado general, aspecto adelgazado. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen distendido, depresible, no doloroso a la palpación. No visceromegalias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sospecha de síndrome malabsortivo se realiza hemograma y bioquímica con perfil férrico y tiroideo: normal. Anticuerpos antitransglutaminasa, coprocultivo y parásitos negativos. Se retira lactosa sin mejoría, y se solicita ecografía abdominal e interconsulta a Digestivo, dónde se programa estudio genético de celiaca y endoscopia digestiva alta, que no llega a realizarse ante resultado de lesión compatible con tumoración en ecografía. Se realiza TC abdominal dónde se observa masa sólida desde región subhepática hasta hipogastrio de 12 × 5 × 12 cm, con apariencia de estirpe grasa. RNM abdominal: masa centroabdominal de 14 × 15 × 6 cm con efecto masa sobre asas intestinales y vejiga, sin infiltrar estructuras, con márgenes bien definidos y consistencia grasa que sugiere lipoblastoma mesentérico. Se interviene quirúrgicamente a los 20 meses con resección de la tumoración. Anatomía patológica: lipoblastoma mesentérico. Tras cirugía, la curva de peso realiza catch-up pasando del percentil 25 al 50-75 en pocas semanas. **Conclusiones:** Los lipoblastomas son tumores benignos, infrecuentes, prácticamente exclusivos de la edad pediátrica. Presenta predominio en menores de 3 años y varones. Se localizan en zonas superficiales, principalmente en extremidades, siendo los de localización profundas excepcionales como el caso descrito. Suelen ser asintomáticos o presentarse como masa indolora. En zonas profundas pueden presentar síntomas secundarios a compresión local. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histológico, siendo la exéresis el tratamiento de elección.

PD-087

CONOCIMIENTO DEL MÉTODO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AUTOGUIADA (O BABY-LED WEANING) Y RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Redondo Granado, M.J.¹; Estefan Andrés, M.F.²; Vázquez Fernández, M.E.³; Rodríguez Del Rosario, S.⁴; Garrote Gutiérrez, S.³. - ¹C.S. Gamazo, Valladolid, España;

²Graduada en Medicina. Universidad de Valladolid, Valladolid, España;

³C.S. Circunvalación, Valladolid, España; ⁴UDM de Pediatría. Hospital Clínico Universitario y Centro de Salud Gamazo, Valladolid, España

Objetivo: Analizar el grado de conocimiento del baby-led weaning (blw) en las familias y si influye el nivel socioeconómico. **Material y método:** Se realiza una encuesta a 76 familias que acuden a la revisión del programa del lactante, de dos zonas básicas de salud urbanos, con diferencias socioeconómicas importantes. Se recogen datos básicos epidemiológicos y socioeconómicos de la muestra, nivel de conocimiento del método, sus pros y contras, así como las fuentes de información utilizadas, puesta en práctica del blw y grado de satisfacción. Se realiza análisis estadístico. **Resultados:** El 63% de familias conocen el blw, y el 47% lo han puesto en práctica. La fuente principal de conocimiento es internet. Hay diferencias significativas a favor del blw a mayor edad materna,

mayor nivel de estudios, situación laboral con empleo. Los dos principales motivos de rechazo o abandono son la inseguridad sobre el método y la falta de tiempo para llevarlo a cabo. La grado satisfacción fue mayoritariamente bueno en quienes lo han realizado y lo consideran tan válido como el método de alimentación tradicional. **Conclusiones:** - El blw es ampliamente conocido en las familias y cerca de la mitad lo han puesto en práctica. - El conocimiento y la implantación del método parece relacionado con el nivel socioeconómico. - El conocimiento del método ha sido fundamentalmente a través de internet, pero expresan el deseo de que se les informe desde el entorno sanitario. - Para realizar esta tarea de información desde el entorno sanitario tendría que estar sustentado por evidencia científica que lo avale.

PD-088 RECAÍDA COLITIS EOSINOFÍLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Jiménez, E.; Cruz Navarro, I.; Padilla Lumera, E.; Buzón Pérez, M.G. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de 18 meses que acude a su pediatra por cuadro de diarrea de un mes de evolución, con deposiciones pastosas, sin sangre ni moco, no asociadas a cambio en la dieta, proceso febril, ni otra clínica digestiva ni respiratoria. Tras dos semanas, el cuadro mejoró. De nuevo comienza con diarrea y deposiciones sanguinolentas. No pérdida de peso. Se solicita estudio básico de diarrea crónica: coprocultivo, virus entéricos, parásitos en heces, bioquímica sanguínea, hemograma, anticuerpos enfermedad celíaca, phadiatop infantil; con resultados normales. Retira lactosa de la dieta, sin mejoría. Ingresa en un hospital de tercer nivel para estudio, siendo diagnosticado tras colonoscopia de colitis eosinofílica. Retiran durante 6 meses leche, ternera, soja y plátano con remisión de la clínica. Poco a poco reintroduce todo menos la leche con deposiciones normales. Tras 6 años sin clínica, al introducir leche en su dieta: dolor abdominal, cefalea y rectorragia con heces fétidas. **Exploración clínica:** Buen estado general, con palidez cutánea. Auscultación normal. No aftas orales. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. **Procedimientos diagnósticos:** - Calprotectina fecal al diagnóstico: 1.040 mcg/g y ante la recaída: >2.000 mcg/g. - Colonoscopia: desde colon transverso pérdida de patrón vascular normal. Mucosa eritematosa, friable, con aspecto en empedrado que sangra con facilidad. Biopsia compatible con mucosa ileal con hiperplasia folicular. Colitis eosinofílica, concordante con colitis alérgica. **Procedimientos terapéuticos:** - Azitromicina, metronidazol, lactobacillus: sin mejoría. - Dieta de exclusión de proteínas de leche de vaca (PLV), ternera, soja y plátano: remisión de la clínica. **Conclusiones:** La colitis alérgica eosinofílica es una alteración alérgica no mediada por la inmunoglobulina E. El tratamiento consiste en la retirada de las PLV con remisión de la clínica. El pronóstico de esta entidad es bueno, aunque en ocasiones existen recaídas.

PD-089 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PROGRESIVAS, LA IMPORTANCIA DE UN ADECUADO SEGUIMIENTO

Acero Cerro, C.V.; De Peralta Alonso, M.G.; Velázquez González, M.; Bonilla Fornés, S.; Romero Albillo, A.; Torres Díaz, M. - Hospital materno infantil Badajoz, Badajoz, España

Paciente de dos años derivado de su pediatra, por cuadros de rectorragia intermitente desde los 12 meses. A veces tras gastroenteritis febriles, pero en las últimas ocasiones sin un claro desencadenante. Deposiciones de consistencia normal. No pérdida de peso y no otra sintomatología asociada. No refieren antecedentes personales de interés, salvo reflujo vésico ureteral grado V, resuelto, y talasemia minor. En cuanto a los antecedentes familiares, abuelo paterno diagnosticado de pólipos colónicos a los 50 años de edad, sin progresión maligna por el momento. Exploración física sin hallazgos. Peso en P10-50 y Talla en P50. Se realiza analítica sanguínea completa y estudio de alergias alimentarias, con resultado normal. Ante la persistencia de la clínica se realiza colonoscopia, donde se objetivan 2 pólipos en colon, cercano al recto, de carácter inflamatorio. Se realiza nuevo control endoscópico a los 5 meses, objetivándose en esta ocasión 7 pólipos, que informan anatomopatológicamente como pólipos juveniles. Se realiza entonces estudio genético (SMAD4 y BMPR1A), para descartar síndrome de poliposis juvenil, negativos. Llegando así al diagnóstico de poliposis juvenil no sindrómica. Durante su seguimiento refiere rectorragia ocasional y se realizan colonoscopias seriadas para vigilar evolución, objetivándose en éstas disminución del número de pólipos. **Conclusiones:** Los pólipos juveniles son los más frecuentes en los niños (80%), suelen ser únicos y no se malignizan. Si existen múltiples pólipos juveniles (50% de los casos) puede tratarse de un síndrome de poliposis juvenil. Es importante realizar un adecuado diagnóstico para descartar su asociación a síndromes y además son pacientes que requieren un seguimiento estricto, tanto desde la consulta de digestivo como de su pediatra de atención primaria para estar alerta a la aparición de cualquier dato de alarma.

PD-090 REVISIÓN DE INGRESOS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN HOSPITAL TERCIARIO ENTRE 2016 Y 2021

Martín Galache, M.; Escalona Gil, A.M.; García Lorente, M.; Pérez Baguena, M.P.; Criado Muriel, M.C.; González González, M.M.; González Calderón, O.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objetivos: Revisión de ingresos de infección del tracto urinario (ITU) febril para estudio de: etiología, antibioterapia durante la hospitalización y al alta, variaciones en el tiempo de ingreso a lo largo del tiempo, relación entre coinfección y edad con tiempo de ingreso. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo y analítico realizando revisión de historias clínicas (1/1/2016-31/12/2021) de pacientes hospitalizados en planta de Pediatría diagnosticados de ITU febril en hospital terciario. **Resultados:** - N= 157 pacientes. 50,9% mujeres y 49,1% varones. Mediana de edad: 4 meses. - Sin patología previa de vía urinaria: 71,3%. Con patología previa de vía urinaria: 28,6%. - Duración media del ingreso: 5,14 días. - Mediana de edad a lo largo de los años: 2016 (5 meses), 2017 (4 meses), 2018 (7 meses), 2019 (3 meses), 2020 (4 meses) y 2021 (3 meses). - Correlación entre edad y tiempo de ingreso → coeficiente de correlación de Pearson = 0,161; p 0,044. - Principales uropatógenos aislados: *Escherichia Coli* resistente a amoxicilina/ampicilina (56,1%) y *Escherichia Coli* sensible a amoxicilina/ampicilina (12,7%). - Antibioterapia más empleada durante el ingreso: gentamicina (33%), cefota-

xima (27%) y ampicilina (14%). - El 94,3% finalizaron el tratamiento antibiótico en domicilio con predominio de cefuroxima oral (37%). - El 4,45% presentaron coinfección por VRS, y el 8,3% por otros gérmenes; precisando mayor tiempo de ingreso. **Conclusiones:** - El microorganismo más frecuente fue *Escherichia coli* resistente a ampicilina/amoxicilina. - La antibioterapia intravenosa más empleada durante el ingreso fue gentamicina seguida de cefotaxima y ampicilina. - La antibioterapia oral más frecuente al alta fue la cefuroxima seguida de cefixima. - No se observaron cambios en la duración del ingreso a lo largo del tiempo. - No se objetivó relación entre edad y tiempo de ingreso. - Ha disminuido la mediana de edad de los pacientes ingresados. - Se objetivó mayor duración del ingreso en pacientes con infecciones concomitantes.

PD-091

LITIASIS CORALIFORME. PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE EN LA INFANCIA

Dorado López, P.; Pisón Marcos, I.; López Franco, M.M.; Urisarri Ruiz De Cortázar, A.; Gil Calvo, M.; Carreira Sande, N.; Oiz Urriza, I.; Redondo Cervantes, V.; Bustelo Fernández, M.; Suárez Camacho, R. - Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Niña de 5 años que presenta hematuria macroscópica de dos semanas de evolución. Afebril en domicilio. No refiere disuria ni polaquiuria. Se realizó seguimiento en atención primaria, objetivando en análisis de orina hematuria sin leucocituria ni nitritos, con cultivos de orina negativos. Ante hematuria macroscópica persistente derivan a nuestro centro. **Antecedentes personales:** Prematuridad de 36+5 semanas y retraso de crecimiento intrauterino. Gemelaridad bicorial biamniótica, 1º gemelo. Buen desarrollo posterior. **Exploración:** Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible no doloroso ni distendido. Puñopercusión renal bilateral negativa. Genitales femeninos normales, sin lesiones. **Pruebas complementarias:** - Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Función renal normal. - Sedimento de orina: 236 hematíes por campo y 31 leucocitos por campo. - Urocultivos: negativos. - Estudio de función renal y de litiasis: normal. - Ecografía abdomino-pélvica: dilatación pielo-calicial izquierda en relación con dos litiasis localizadas en la zona de unión de la pelvis renal con el uréter de unos 0,8 y 0,9 cm. Adelgazamiento de cortical. - Radiografía de abdomen: tres litiasis proyectadas sobre flanco izquierdo, dos en la unión pielo-ureteral y otra en cálices inferiores. - Análisis de litiasis: Oxalato cálcico monohidratado (Whelita). **Diagnóstico:** Hematuria macroscópica. Litiasis renal coraliforme de oxalato cálcico monohidratado con dilatación pielo-calicial izquierda secundaria. **Plan terapéutico:** Fluidoterapia, analgesia y antibioterapia. Minieciro izquierda con extracción de litiasis y colocación de catéter doble J izquierdo por servicio de urología. **Conclusiones:** Incluir la litiasis renal como diagnóstico diferencial de hematuria, aunque su causa más frecuente sea la infección urinaria. Suele realizarse litotricia percutánea para la eliminación de cálculos, pero en nuestro caso precisó intervención por parte de urología. Es importante la recogida del cálculo para llegar a un diagnóstico etiológico. Realizará seguimiento en consulta para estudiar el daño renal y posibles causas de formación de cálculo.

PD-092

EDEMA RECURRENTE CON REACCIÓN URTICARIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

Capdevila Salvans, B.¹; Buzón Pérez, M.G.¹; Andrade Díaz, C.¹; Fernández Fuentes, C.¹; Coronel Rodríguez, C.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Presentamos el caso de una niña de 7 años que acudió a Urgencias por edema palpebral bilateral y labial desde hacía 24 horas. Inició el cuadro con febrícula y erupción urticariforme en cara y área genital, que remite tras inicio de corticoterapia. Refiere contacto con familiares COVID + y antecedentes familiares de nefropatía no filiada. Hacía 2 meses presentó un cuadro similar, por el que su pediatra solicitó una analítica, destacando elevación de creatinina, colesterol, LDL y triglicéridos. En urgencias se realiza toma de tensión arterial (en rango), sistemático de orina (proteinuria y hematuria), test antígeno SarsCov2 (positivo) y analítica, destacando elevación de creatinina y urea, proteínas totales normales y proteína C reactiva negativa. Ante la sospecha de síndrome nefrótico (SN) se ingresa para estudio, planteándose el diagnóstico diferencial de edema con reacción urticariforme, considerando: SN, edema angioneurótico familiar, reacción alérgica, proceso febril y proceso autoinmune en contexto de infección COVID. Se estudia la orina de 24 horas que confirma proteinuria en rango nefrótico. Se amplía el estudio analítico y se instaura tratamiento corticoideo con desaparición de los síntomas. Se diagnostica de SN y enfermedad renal crónica grado III, a seguir ambulatoriamente. En controles posteriores presenta tensión arterial elevada a pesar de tratamiento específico, por lo que se indica biopsia renal que muestra glomerulosclerosis focal y segmentaria, actualmente en seguimiento por nefrología. El síndrome nefrótico es el síndrome renal más frecuente en pediatría. Consiste en proteinuria, hipoalbuminemia y edema. La mayoría de casos son idiopáticos, con histología de cambios mínimos y corticosensibles, aunque engloba varias entidades diferentes en causa, tratamiento, pronóstico y riesgo de evolución a enfermedad renal crónica. Por todo lo anterior, nos gustaría destacar que ante cualquier edema, debemos pensar en un síndrome nefrótico como posible causa, tras descartar cuadros graves como reacción alérgica o angioedema.

PD-093

LA IMPORTANCIA DE LA PRIMERA ORINA DE LA MAÑANA

Flores, B.; Poses, S.; Cantos, V.; Jiménez, B.; Del Solar, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: La presencia de poliuria y/o polidipsia pueden estar asociadas a patologías renales y/o extrarrenales como la diabetes insípida (DI), enfermedad caracterizada por la falta de secreción (DI central) o de acción de la hormona antidiurética ADH (DI nefrogénica). **Anamnesis:** Niña de 11 años sin antecedentes de interés derivada desde Atención Primaria por poliuria-polidipsia. Refería ingesta hídrica abundante y poliuria desde lactante, siendo mayor en los últimos 6 meses. Curva ponderoestatural normal. **Exploración:** Sin hallazgos. **Procedimiento diagnóstico:** Glucemia al azar normal. Aportaba diario miccional con 4.850 ml de orina (6,4 mL/kg/h) y 5.100 ml de ingesta líquida. Analítica sanguínea con función renal e iones normales y orina recogida al azar con hipostenuria. Se solicitó, tras 12 horas de dieta seca, muestra de orina, comprobándose

hiposmolaridad urinaria (168 mOsm/kg) por lo que se decidió ingreso para realización de test de privación hídrica. Tras 15 horas de privación, comenzó con signos clínicos de deshidratación, constatándose en analítica hiposmolaridad urinaria (200 mOsm/kg) y elevación de osmolaridad plasmática (309,9 mmol/kg). Tras administración de acetato de desmopresina (DDAVP) se objetivó una elevación de la osmolaridad urinaria (752 mOsm/kg) asociado a un descenso de la osmolaridad plasmática (295,7 mmol/kg) así como ausencia de síntomas clínicos. Ante sospecha de DI central, se solicitó estudio hormonal hipofisario que mostró panhipopituitarismo y marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, coriogonadotropina) que resultaron normales. En resonancia magnética de silla turca y craneal se objetivó lesión hipotalámica sugestiva de germinoma que posteriormente se confirmó con biopsia. **Conclusiones:** La presencia de poliuria-polidipsia puede deberse a enfermedades de gran importancia clínica, pero una primera aproximación con una adecuada historia clínica, exploración física y analítica sanguínea básica (gasometría, función renal, osmolaridad plasmática e iones), así como el estudio de la primera micción de la mañana, pueden ayudarnos en su diagnóstico precoz desde la consulta de Atención Primaria.

PD-094

MI HIJO TIENE ORINA DE PITUFO: EL SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA AZUL

Martínez Peñas, S.; Lorente Sánchez, M.J.; Piñero Fernández, J.A.; Vicente Calderón, C.; Padilla Zhucuzhañay, M.A.; Zambudio Carmona, G.; Pérez Pérez, M.C.; Araujo De Castro, J.; Plaza Sánchez, C.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Anamnesis: Varón de 16 años diagnosticado al nacimiento de extrofia vesical-epispadias. Intervenido a las pocas horas de vida mediante técnica Stephens modificado, y osteotomía de pubis y epispadias a los 5 años. Desde los 7 años ha presentado varios episodios de litiasis e infecciones urinarias de repetición. Ha necesitado múltiples intervenciones para continencia vesical sin éxito por lo que porta bolsa de nefrostomía a la espera de cirugía para apendicovesicostomía (Mitrofanoff) y desconexión cervicoureteral. Acude a consulta por orina azul en bolsa de nefrostomía. No refiere otra sintomatología ni fiebre.

Exploración clínica: Triángulo de evaluación pediátrica estable. Temperatura 36,4 grados centígrados, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96%, tensión arterial 110/57 milímetros de mercurio. Exploración física normal. Bolsa de nefrostomía y orina con tinte azulado, suero fisiológico del balón de color azul. **Procedimientos diagnósticos:** Se extrae analítica y cultivos de sangre y orina. Hemograma y bioquímica con creatinina y urea normales. En anormales y sedimento: densidad urinaria 1.020, pH 8,5, leucocituria con nitritos positivos, no hematuria ni proteinuria. En urocultivo aislamiento de *Morganella morganii* y *Enterococcus faecalis* con más de 100.000 unidades formadoras de colonias. Hemocultivo negativo. Diagnóstico: bacteriuria asintomática. **Procedimientos terapéuticos:** Se procede a cambio de bolsa de nefrostomía. **Conclusiones:** El síndrome de la bolsa de orina azul, descrita en 1978, es una entidad poco frecuente, benigna, con una incidencia de 8,3-27% entre los paciente portadores de catéter urinario. Suele verse en pacientes con múltiples patologías, portadores

de catéter urinario de larga duración colonizados por ciertos microorganismos. Incluye un amplio diagnóstico diferencial que debemos hacer con colorantes alimentarios o los empleados en técnicas diagnósticas, fármacos (propofol, metoclopramida, etcétera), microorganismos, y otras patologías (fístula enterovesical, porfiria cutánea tarda, enfermedad de Crohn, trastornos del metabolismo del triptófano en la hipercalemia benigna familiar).

DEFENSA 9 – Jueves 20

PD-095

TODOS LOS FÁRMACOS TIENEN EFECTOS ADVERSOS

Crego Rodríguez, L.; Méndez Bustelo, M.J.; García Cabanas, P.; Varela Pájaro, C.; Oiz Urriaza, I.; Mazaira, X.; Gómez Vieites, C.; Písón, I.; García Fontao, C.; Martínez Cano, L.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS),
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 9 años que presenta lesiones ungueales: onicosis y despegamiento. Su pediatra inicia tratamiento con mupirocina y metilprednisolona tópicos. Tres meses después, un dermatólogo privado indica propionato de clobetasol y curas oclusivas durante 10 días ante sospecha de psoriasis. Un mes después presenta nuevas lesiones en cuero cabelludo (costras descamativas) y rodilla (exantema), prolongándose tratamiento con clobetasol. Posteriormente, tras 2ª opinión, se inicia nueva pauta de corticoides tópicos: metilprednisolona, fluticasona (en rodillas) y clobetasol (en cuero cabelludo). Acuden de nuevo a consulta de AP por dolor lumbar que le impide la flexión anterior y por un aumento importante de peso. En este momento la paciente suma 9 meses de corticoterapia tópica.

Exploración clínica: Destaca cara de luna llena y vello fino, oscuro, sobre labio superior y en región cervico-dorsal. No presenta estrías en raíz de miembros ni abdomen. Acantosis en axilas. Lesiones eccematosas con descamación periungueal, destacando en pulpejos de primer dedo, ausencia de alguna uña y alguna uña blanca. TA: 116/57. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En su pediatra de atención primaria se realiza tira de orina sin alteraciones, radiografía de ambas manos y radiografía de columna también normales. Se solicita interconsulta a endocrinología pediátrica, donde realizan analítica con los siguientes hallazgos: Cortisol <0,5 µg/dL, hormona adrenocorticotropa (ACTH) <5 pg/mL, Cortisol libre en orina <0,50 µg/dL realizándose el diagnóstico de Cushing iatrogénico. Se procede a la retirada del tratamiento, repitiéndose los análisis con resultados normales (Cortisol basal 16,0 µg/dL, ACTH basal 32,0 pg/mL). **Conclusiones:** Los corticoides tópicos son fármacos de uso habitual en pediatría, pero esto no debería llevar a la banalización de sus efectos secundarios. Al mismo tiempo la ausencia de comunicación entre médicos de un mismo paciente puede llevar a sobretratamiento o interacciones farmacológicas.

PD-096

LO QUE PUEDEN ESCONDER LOS SÍNTOMAS INESPECÍFICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Buzón Pérez, M.G.; Capdevila Salvans, B.; Luque Aguilar, M.J.; Macías García, M.; Vecchi Burastero, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Presentamos el caso de una niña de 13 años sin antecedentes de interés que acude por síncope y traumatismo craneoencefálico. Explica sensación de mareo y presión en ambos oídos estando sentada en casa tranquila y que, posteriormente, al levantarse se cae golpeándose en la cabeza en región frontal. Aunque no presenta pérdida de conciencia ni vómitos, persiste sensación de malestar general y cefalea al llegar a Urgencias. Exploración por sistemas y neurológica normales. En el ámbito familiar destaca cuadro de malestar general en todos los miembros de la familia (hermana y padre con sensación de mareo y madre con diarrea y vómitos) diagnosticados de gastroenteritis aguda en el Hospital General en ese mismo momento. Se solicita electrocardiograma, normal, y gasometría capilar que muestra carboxihemoglobina de 19%, diagnóstica de intoxicación por monóxido de carbono (CO). Rehistoriando a la familia comentan posible fuga por estufa de gas. Se decide permanencia en observación para iniciar oxigenoterapia con fracción inspirada de oxígeno del 100% y controles gasométricos. Además, informamos del hallazgo al Hospital General, donde su madre estaba siendo valorada. En siguiente control gasométrico de la niña la carboxihemoglobina era de 0,9%. Tras la mejoría de la gasometría y del estado general, ya asintomática con tolerancia oral efectiva tras retirada del oxígeno, consensuamos alta a domicilio con recomendaciones. **Conclusión:** La intoxicación por CO constituye el 4-5% de intoxicaciones registradas en Urgencias en nuestro país. Su incidencia está probablemente subestimada debido a que su presentación clínica es inespecífica y simula, en ocasiones, cuadros gastrointestinales. Es una de las intoxicaciones más graves de nuestro medio, precisando más de la mitad de los pacientes ingreso, alguno de ellos incluso en cuidados intensivos. Por tanto, ante síntomas gastrointestinales o neurológicos inespecíficos similares en algunos miembros de la familia tenemos que pensar, entre otras causas, en intoxicación por CO.

PD-097

TORSIÓN DE OVARIO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN ADOLESCENCIA

Reyzabal Ereño, E.; Carvajal Alonso Barajas, E.;
Tomás Soldevilla, B.; Sánchez Tudela, P.; Acero García, L.;
Torrente Fernández, M.; Saucos Martínez, E.; Suárez
Lascano, A.B.; Muñoz López, C.; García Cabezas, M.A.
Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niña de 9 años, con antecedente de quiste adnexial simple, acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal de 24 horas de evolución. **Exploración física:** Abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca y zona inguinal derecha con signos de irritación peritoneal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Los datos analíticos que presentaba a su ingreso: Leucocitosis con predominio de segmentados junto con procalcitonina y PCR en rango normalidad. Debido al empeoramiento clínico de la paciente a pesar de permanecer en dieta absoluta y recibir analgesia intravenosa, se repite una segunda analítica de control y se realiza una ecografía abdominal diagnosticándose un quiste de características simples. Una segunda ecografía y TC sin/ con contraste descartan patología intestinal, no así torsión ovárica o de la trompa de Falopio. Finalmente, con sospecha de torsión ovárica/ adnexial, la paciente fue derivada al servicio de cirugía del Hospital de Albacete, intentando inicialmente una resección manual y finalmente precisando de

salpingooforectomía derecha con ligadura de pedículo y trompa.

Conclusión: El quiste funcional es la patología que mayor riesgo de torsión presenta. Los signos ecográficos incluyen: masa aneja heterogénea o con niveles, desplazamiento periférico de los folículos, doppler color disminuido o ausente y el "signo del remolino". En TC un ovario sin realce de contraste es un hallazgo específico. Los datos clínicos y analíticos no concluyentes de nuestra paciente empeoraron rápidamente. La ecografía detectó un aumento de tamaño de quiste comparado con estudios previos (3 cm frente a 6 cm de diámetro), compresión del parénquima ovárico y presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas y flujo doppler disminuido. El conjunto de los hallazgos sugieren torsión. El tratamiento de elección es la laparoscopia, con cirugía conservadora para garantizar la fertilidad futura siempre que sea posible. Considerar la torsión ovárica como diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo de niñas prepúbereles.

PD-098

SURCO PERINEAL, LA IMPORTANCIA DE MANTENER LA CALMA

Calleja Ibáñez, M.; Barbadillo Mariscal, B.; Gil Calderón, F.J.; López Salas, E.; Mañaricua Arnaiz, A.; Pérez Arnaiz, L.;
Gonzalo Esteban, A.; Galvañ Félix, Y.; Montero García, J.;
Ortega Escudero, M. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

El surco perineal, o *perineal groove*, consiste en una anomalía congénita que cursa de forma asintomática. El diagnóstico es clínico debiendo cumplir 3 características: surco húmedo en el periné tapizado por membrana mucosa, vestíbulo normal y faldillas hipertróficas rodeando el surco. La mayoría de casos descritos se han dado en niñas, pero también se han reportado un par de casos en niños, lo que sugiere un origen embriológico común aunque todavía se desconoce la etiopatogenia exacta. Suele remitir de forma espontánea dentro de los primeros dos años, optando principalmente por tratamiento conservador. Se han descrito como complicaciones la irritación o sobreinfección, estreñimiento e infecciones de orina. En estos casos se podría valorar la corrección quirúrgica, así como por cuestiones estéticas. Puede confundirse con fístulas anorrectales, irritación perineal o incluso llevar a la sospecha de abuso sexual. Presentamos el caso de una recién nacida a término con diagnóstico prenatal de retraso del crecimiento intrauterino. Embarazo controlado. Parto por cesárea por presentación podálica, sin incidencias. A la exploración presenta lesión en área perineal que impresiona de malformación anorrectal, por lo que se realiza interconsulta a cirugía pediátrica. La lesión consiste en un defecto de la piel de aproximadamente 1 cm englobando todo el rafe perineal con bordes friables que sangran con la manipulación. Impresiona de tejido celular subcutáneo con algo de fibrina. No se aprecian fístulas vaginales ni rectales. Ano normoposicionado con adecuada contracción del esfínter. Resto de la exploración normal. Ante esta exploración la primera sospecha diagnóstica es un surco perineal. Se decidió actitud expectante revisándose en consultas externas, presentando epitelización completa al mes de vida. Es importante conocer esta entidad ya que puede confundirse fácilmente con otras patologías llevando a la realización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos innecesarios o incluso a la sospecha de abuso sexual, con las implicaciones que ello conlleva.

PD-099

DOLOR SELECTIVO EN FOSA ILIACA DERECHA, OTRAS POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

Atienzar Gallego, R.; López Nieves, M.J.; Plaza Almeida, J.; Catalá, J.M.; De Las Heras Gómez, L.; Poveda Cano, M.; Navarro Felipe, A.
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

Anamnesis: Niño de 10 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta por dolor abdominal de 24 horas de evolución, inicialmente difuso y posteriormente localizado en fosa ilíaca derecha. Se encuentra afebril, sin vómitos, diarrea ni otra clínica asociada. El dolor cede parcialmente tras analgesia y mantiene ingesta adecuada. **Exploración clínica:** A la exploración presenta buen estado general y coloración, estado de hidratación y perfusión normales. Fenotipo obeso. La exploración física por aparatos es normal, salvo por la exploración abdominal, que muestra un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación sobre fosa ilíaca derecha, el signo de Blumberg es positivo, sin otros signos de irritación peritoneal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras lo referido se deriva al paciente a urgencias para descartar apendicitis aguda, donde se realiza una ecografía abdominal que muestra un efecto masa ecogénico de $5 \times 2,6$ cm sugestivo de infarto omental. El paciente ingresó durante 24 horas para control del dolor presentando una evolución favorable, dejando de precisar analgesia a los tres días del alta. Durante el ingreso se inició amoxicilina clavulánico que se mantuvo durante 7 días. **Conclusiones:** El infarto omental es una patología cuyo diagnóstico está aumentando debido al mayor uso de pruebas de imagen en el estudio del dolor abdominal agudo junto con el incremento de las tasas de obesidad infantil, considerada uno de los principales factores predisponentes. Es una entidad que deber ser considerada sobre todo en niños obesos con dolor abdominal, siendo la apendicitis aguda debido a su presentación clínica similar el principal diagnóstico diferencial a establecer, y a diferencia de esta el manejo será en la mayoría de las ocasiones conservador.

PD-100

SÍNDROME DE DIETL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Rollano Corroto, I.; Figueroa Jiménez, S.; Ruiz Rentería, E.; Gijón Criado, I.; Alcalde Alfonso, M.; Marín Roderó, J.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Niña de 8 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a Urgencias remitida desde su Pediatra por crisis de dolor abdominal tipo cólico y vómitos incoercibles. A la exploración presenta abdomen doloroso a la palpación profunda de flanco izquierdo con puño-percusión renal positiva en lado izquierdo. En Urgencias se solicita analítica sanguínea con creatinina $0,62$ mg/dL (Filtrado Glomerular 89 mL/min/ $1,73$ m²) y sistemático de orina negativo. Durante crisis de dolor abdominal se realiza ecografía donde se objetiva dilatación de pelvis renal izquierda asociada a dilatación de cálices centrales y periféricos de riñón izquierdo compatibles con obstrucción intermitente de la unión pieloureteral izquierda. Un mes después reaccude a Urgencias por nuevo episodio de dolor abdominal repitiéndose la ecografía visualizando significativa dilatación fundamentalmente de la pelvis renal. Además, se solicita AngioTAC donde se identifica arteria polar superior e inferior izquierda. Ante per-

sistencia de dilatación se decide colocación de catéter doble J de manera urgente con disminución de la dilatación pielocalicial con respecto al estudio ecográfico previo a la intervención. A los días, ingresa de manera programada y se realiza transposición de vasos polares izquierdos por laparoscopia. Tras la intervención, se realiza seguimiento en consultas externas de Cirugía Infantil presentando buena evolución clínica y significativa mejoría de la dilatación en los controles ecográficos realizados. **Conclusiones:** El síndrome de Dietl es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente. Es un síndrome de difícil diagnóstico ya que se caracteriza por episodios intermitentes de obstrucción automilitada de la unión pielocalicial presentando pruebas de imagen normales y clínica ausente durante los periodos intercrisis. El tratamiento es quirúrgico.

PD-101

¡MÁS VALE TARDE QUE NUNCA! DIAGNÓSTICO TARDÍO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA, A PROPÓSITO DE UN CASO

González Dastis, I.; López Sánchez, M.L.; Rodríguez Martín, L.E.; Hidalgo Cáceres, P.; Benítez Jiménez, J.; López Monge, D.; De León Porras, M.; Pallares Suárez, A.; Blanco Borreguero, J.M.; López Becerra, Y. - Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de 3 meses de vida, sin antecedentes de interés, consulta en atención primaria por cuadro catarral con irritabilidad de 4 días de evolución. Inicia dificultad respiratoria en las últimas 48 horas. Rechazo parcial de tomas. Afebril. Diuresis y tránsito conservado. No vómitos. **Exploración física:** Polipneico con tiraje subcostal e intercostal. No aleteo nasal ni quejido espiratorio. Hipoventilación del hemitórax izquierdo respecto a contralateral con buena entrada de aire en hemitórax derecho, no sibilancias ni crepitantes. Escala Wood-Downes-Ferrés: 5 puntos. Normosaturaciones. Bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Con sospecha de bronquiolitis, realizamos prueba terapéutica con Salbutamol en cámara: 3 pulsaciones en sala de espera. Reevaluamos a los 20 minutos. Mejoría franca, eupneico y sin tiraje. Mantiene asimetría evidente con hipoventilación del hemitórax izquierdo respecto al contralateral. Solicitamos radiografía de tórax. Se observan asas intestinales ocupando todo el hemitórax izquierdo, desplazando estructuras mediastínicas hacia la derecha. Imagen compatible con hernia de Bochdalek. Contactamos con Cirugía Pediátrica de centro de referencia, indicándose traslado para valoración por su parte. Se realiza cierre primario de hernia diafragmática congénita. **Conclusiones:** El diagnóstico de la hernia diafragmática congénita en la mayoría de los casos es prenatal, manifestándose en el periodo neonatal con dificultad respiratoria grave y alta mortalidad. La presentación tardía representa entre un 5-45%. Su localización más frecuente es la posterolateral izquierda (80%). Si la presentación es tardía, la clínica varía dependiendo de la localización y de la víscera herniada. En ocasiones, el paciente puede encontrarse asintomático y el diagnóstico ser incidental. Al confirmar el diagnóstico se recomienda el tratamiento quirúrgico inmediato para evitar posibles complicaciones. Nuestro paciente presentó un cuadro de dificultad respiratoria progresiva con escasa mejoría tras tratamiento de soporte. Dada su estabilidad clínica, se prefirió completar el estudio diagnóstico previo a la realización de la cirugía.

PD-102

VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, ¿UN UMBRAL DIFERENTE?

Palacios Fernández, N.; Chamorro Juárez, R.; Ibarra Rodríguez, I.; Ramírez Díaz, R.; Puyana Rodríguez, J.M.; Díaz Méndez, I.; Farrona Villalba, A.; Raya Tejero, C.; Bermejo Rodríguez, I.M.; Real Terrón, R.
Hospital Materno Infantil de Badajoz, Badajoz, España

Anamnesis: Niña de nueve años con trastorno del espectro autista como único antecedente de interés, que consulta por dolor abdominal de dos horas de evolución. Se localiza en flanco izquierdo, no irradiado. Un vómito hace escasos minutos. Última deposición hace más de 24 horas. No otra clínica asociada. **Exploración física:** Excelente estado general. Activa y habladora. Normocoloreada y normohidratada. Auscultación cardiopulmonar normal. Molestia a la palpación abdominal en fosa iliaca izquierda. Blumberg y Rovsing negativos. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se administra antiemético oral e inicia tolerancia con suero de rehidratación. Persisten los vómitos, por lo que se canaliza vía periférica e inicia fluidoterapia y antiemético intravenoso. Se extrae analítica sanguínea (normal) y gasometría venosa (normal). Ante la persistencia de la clínica se coloca enema rectal, siendo efectivo, aunque persiste dolor abdominal y vómitos. En las sucesivas exploraciones, presenta variaciones en cuanto a estado basal: en ocasiones aparenta ausencia de síntomas, estando muy comunicativa y habladora, que alterna con situaciones de encogimiento de piernas y aumento del dolor, que se localiza cada vez más en fosa iliaca izquierda. Se realiza radiografía abdominal (normal) y ecografía abdominal, donde se evidencia aumento de tamaño del ovario izquierdo con disminución de su vascularización, compatible con torsión ovárica. Se interviene de urgencia confirmando el diagnóstico ecográfico, pudiendo mantener la gónada. Recibe control en consultas externas de Cirugía Pediátrica, preservando vascularización ovárica. **Conclusiones:** - Las dificultades para la comunicación de los pacientes con autismo dificultan la exploración física y la categorización del dolor. - Es preciso una mayor vigilancia de la sintomatología, así como exploraciones minuciosas repetidas que permitan suplir estas carencias. - Es importante conocer estas limitaciones comunicativas a la hora de valorar la solicitud de pruebas complementarias dirigidas a descartar patología de carácter urgente.

PD-103

EPISODIOS DE DESORIENTACIÓN DE CAUSA POCO HABITUAL

Quintana Cepedal, I.; Rey García, S.M.; Navarro Gonzalo, C.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente mujer de 12 años derivada a consulta de Pediatría Clínica por presentar episodios de desconexión del medio de escasos segundos de duración, con una periodicidad aleatoria, aunque el día que se presentan son múltiples e independientes del medio en el que está la paciente. Ésta los describe “como si los sonidos a su alrededor estuviesen más lejos de lo que en realidad están o como si no fuesen reales”. Durante el episodio la paciente interrumpe la actividad que estaba reali-

zando, sin pérdida de tono o de conciencia, y no se acompañan de movimientos anómalos ni de otras alteraciones; salvo por el hecho de que en el centro escolar refieren que durante los mismos presenta palidez (que no han objetivado en otros ambientes). No han identificado desencadenantes relacionados ni presenta amnesia de los episodios. **Exploración clínica:** Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y neurológica sin alteraciones. No estigmas cutáneos. Constantes vitales normales para su edad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica básica (hemograma, bioquímica, TSH, metabolismo férrico y marcadores de celiaquía): normales. Electroencefalograma tras privación de sueño: trazado bioeléctrico basal bien estructurado sin evidencia de signos patológicos. Interconsulta a Psiquiatría Infanto-Juvenil: episodios de desrealización, psicopatológicamente normal. **Conclusiones:** El DSM-V define la desrealización como “experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados)”. Es un síntoma disociativo que puede presentarse como una alteración en sí misma (trastorno de desrealización), acompañar a otros trastornos (p. ej., ansiedad o estrés posttraumático) o, como en este caso, presentarse de forma aislada sin significado patológico. No se conoce su prevalencia exacta, pero la presencia de desrealización de forma aislada parece ser relativamente frecuente en la población general.

PD-104

INFORMANDO A LOS ADOLESCENTES: ELABORACIÓN DE HERRAMIENTA DIGITAL DE COMUNICACIÓN

Climment Olivares, A.; Agustín Rodríguez, C.; Balague Galito, E.; Quinteiro, M.; Palasí Bargalló, C. - EAP Sardenya, Barcelona, España

Introducción: En la adolescencia se presenta la necesidad de vivir nuevas experiencias, donde la curiosidad juega un papel importante. Es una etapa donde tener información abundante y fiable es clave para aclarar dudas y probar con seguridad aquello que es nuevo. En muchas ocasiones, los adolescentes no preguntan sus inquietudes, ya sea la familia o profesionales de la salud, por vergüenza o intimidación. Por todo esto se plantea la necesidad de crear una herramienta digital para ofrecer información y tener un espacio donde poder interactuar de forma anónima y desde el propio teléfono. **Material y métodos:** Se realiza una encuesta anónima mediante Google Forms a 1.200 alumnos de entre 12 y 19 años. Se pregunta por temas de interés para incluir en la plataforma digital y qué formato debería tener para que fuese atractiva para ellos. **Resultados:** Tras pasar las encuestas se observó que los temas que destacaron en mayor proporción fueron: sexo, en un 90% de las personas encuestadas, siendo la sexualidad el ítem con mayor prevalencia. Un 80% representa los temas de drogas, alcohol y tabaco, seguidos de salud relacional y emocional con un 70%. La salud mental aumenta el interés conforme aumenta la edad de los encuestados mientras que, en higiene menstrual, sucede a la inversa. El formato de la información se prefiere en una plataforma como Instagram, con publicaciones fotográficas y texto corto, vídeos de menos de 40” y con chat interactivo. Se requiere información sobre puntos presenciales y cuestionarios para detectar posibles adicciones. **Conclusiones:** Tras evaluar los resultados se observa la necesidad de una herramienta que proporcione información sobre los temas que interesan a los adolescentes con un formato de fácil y anónimo acceso, infor-

mación simplificada y rápida y que actúe como filtro antes de acudir presencialmente a un Centro de Atención Primaria.

PD-105

LACTANTE CON OMBLIGO HÚMEDO. ¿QUÉ PUEDE SER?

Palomino Fernández, L.; González Herrero, M.; Romero De La Rosa, I.; León, N.V.; Parra Martínez, G.; Martínez Ramírez, C.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Anamnesis: Lactante de 11 meses sin antecedentes de interés que de forma aguda en la última semana le ha supurado el ombligo. En dos de las ocasiones, la secreción era verdosa. No fiebre ni mal estado general. No otra sintomatología. **Exploración clínica:** Presenta buen estado general, sin aspecto de gravedad, con abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. En la zona del ombligo se aprecia un orificio central umbilical, sin eritema, ni secreciones ni signos de sobreinfección. Resto de exploración dentro de la normalidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía abdominal donde se aprecia próximo a la cúpula vesical un quiste de uraco sin signos de complicación de 1 cm de diámetro. Se deriva a cirugía pediátrica. Se decide intervención quirúrgica mediante laparoscopia, donde se reseca el conducto con éxito y sin incidencias. **Conclusiones:** El ombligo húmedo, es una patología relativamente frecuente, de hasta el 1% de las consultas. Consiste en la secreción umbilical después de la caída del cordón. Las dos etiologías más importantes son, por una parte la infecciosa (onfalitis) y, por otra las malformaciones embrionarias, como son la persistencia del conducto onfalomesentérico o la persistencia del uraco. La importancia recae en que estas últimas tienen riesgo de sobreinfección y malignidad en el futuro, por lo que es importante diagnosticarlas para el manejo adecuado. En concreto, la persistencia del uraco, puede expresarse de diferentes formas según lo extenso que sea y según la porción a la que afecte; siendo algunas susceptibles de más complicaciones, como son las fístulas vesicoumbilicales. El tratamiento consiste en la resección de toda la estructura hasta la vejiga. Si una anomalía de uraco no se reseca, se debe informar a la familia y al paciente sobre la posibilidad de malignidad y la necesidad de llevar a cabo un control de por vida

DEFENSA 10 – Jueves 20

PD-107

SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Rodríguez, R.M.; Sánchez Díaz, C.; Berciano Jiménez, N.; Benítez Fernández, I.; Del Solar Rico, J.; García Matamoros, L.; Rodríguez Torres, M.; Romero Vázquez, L.; Flores Méndez, B.; Cantos Masa, P.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) se caracteriza por la presencia de dolor a nivel de algún miembro desproporcionado en relación a la anamnesis y los hallazgos físicos. Presentamos a una niña de 11 años sin antecedentes personales de interés que consulta en varias ocasiones en Atención Primaria por talalgia izquierda intermitente de 2 meses de evolución; sin fiebre, sin impotencia funcional ni signos inflamatorios

externos asociados. En la radiografía anteroposterior de tobillos y lateral de calcáneo no se observan fracturas óseas, siendo compatible con posible Sever, por lo que se pauta tratamiento antiinflamatorio y vigilancia clínica. Tras sobreesfuerzo físico durante una excursión asocia empeoramiento clínico, motivo por el que se deriva a Traumatología donde ante persistencia del dolor y nueva radiografía con sospecha de enfermedad de Sever deciden inmovilización de pie izquierdo con férula posterior de yeso durante 3 semanas, con mejoría clínica progresiva. Paralelamente, desde Atención Primaria se solicita estudio analítico infeccioso/inflamatorio con resultados dentro de la normalidad. Tras cese de la inmovilización reaparición de la clínica a los 3 días, en esta ocasión en región dorsal del miembro afecto, con marcha antiálgica y signos inflamatorios externos. Se decide derivación a Urgencia Hospitalaria ante sospecha de osteomielitis aguda, donde deciden ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico intravenoso y estudio de extensión. En la gammagrafía se objetiva aumento irregular de la vascularización y de la actividad osteoblástica en huesos de tarso y bases del 4º y 5º metatarsianos del pie izquierdo, sugestivo de SDRC. La resonancia magnética confirma la presencia de edema óseo en huesos del tarso y metatarsianos que de nuevo no se corresponden con osteomielitis, siendo compatible con proceso de estrés óseo. El SDRC afecta fundamentalmente a niñas púberes. El pronóstico es bueno, con remisión completa en el 90% de los casos tras ejercicio, analgesia y psicoterapia.

PD-108

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORACIÓN TENAR DOLOROSA EN NIÑA DE 6 AÑOS

López Salas, E.¹; Goez Sanz, C.²; Cordero García-Galán, E.³; Raganato, R.³; Ocampo Fontangordo, L.⁴; González Morán, G.³; Cabello Blanco, J.³. - ¹Hospital Universitario, Burgos, España; ²Hospital Universitario, Valladolid, España; ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, España; ⁴Hospital Comarcal de Valdeorras, O Barco, España

Anamnesis: Niña de 6 años de origen pakistaní. Tumora- ción dolorosa de un mes de evolución en mano derecha tras antecedente de traumatismo leve. **Exploración física:** Tumora- ción tenar en mano derecha, dolorosa a la palpación de primer metacarpiano a nivel distal. Tumefacción leve, sin cambios de coloración cutánea. No limitación de rango articular. Explora- ción neurovascular conservada. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En hospital de origen se realiza radiografía simple y resonancia magnética, con lesión lítica expansiva endomedu- lar en diáfisis de primer metacarpiano e infiltración de partes blandas. Ante sospecha de etiología tumoral, se deriva. Se rea- liza biopsia por punción-aspiración que sugiere osteomielitis crónica. La gammagrafía ósea muestra un único foco captante a nivel de la lesión. El estudio anatomopatológico de material quirúrgico tras resección intralesional concluye osteomielitis crónica granulomatosa necrotizante, con presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. Se realiza PCR (reacción en cadena de la polimerasa) y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, ambos posi- tivos, lo que confirma el diagnóstico de osteomielitis tuberculosa. En hospital de origen se inicia terapia antituberculosa y se realiza estudio de contactos, diagnosticándose tuberculosis pulmonar en ambos progenitores. **Conclusiones:** Ante una sospecha de lesión ósea lítica tumoral en pediatría, debemos establecer diag- nóstico diferencial con otras entidades como la osteomielitis

infecciosa, la osteomielitis crónica multifocal recurrente o el granuloma eosinófilo. Entre las causas de osteomielitis subaguda/crónica, debemos pensar en etiología tuberculosa a pesar de ser infrecuente, más aún en nuestro medio. La osteomielitis tuberculosa puede ocurrir en prácticamente cualquier hueso, incluidos los huesos tubulares de manos y pies, que pueden adquirir apariencia insuflada. Generalmente ocurre en una sola localización y el inicio es insidioso. El diagnóstico se establece mediante estudio histopatológico y detección en material infectado de *Mycobacterium tuberculosis* por cultivo o PCR. Las imágenes radiográficas pueden ser útiles, pero no existen hallazgos patognomónicos. El tratamiento consiste en terapia antituberculosa.

PD-109 OSTEOCONDRIOS DE RAMA ISQUIOPÚBICA, ¿SABRÍAMOS RECONOCERLA?

Ugarov, A.; Picazo Gabaldón, B.R.; Ramírez Amoraga, N.;
De Jesús Nunes, S.; Angelats Romero, C.M.
Hospital Universitario Francisc de Borja, Gandía, España

Anamnesis: Varón de 9 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor a nivel inguinal izquierdo asociado a cojera izquierda que aparece tras la práctica deportiva y cesa tras 2-3 horas de reposo. Practica atletismo de competición 2 veces a la semana y desde hace 2 meses ha dejado de realizar deporte por el dolor. **Exploración física:** Dolor a nivel de rama isquiopúbica izquierda que irradia a ingle izquierda. No presenta déficit de la movilidad activa, pasiva ni contra resistencia. No se palpan tumoraciones. El resto de la exploración física es normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea sin hallazgos patológicos. Radiografía de Pelvis: tumoración esclerótica en región isquiopúbica izquierda de 1,5 cm que se extiende hacia el agujero obturatriz sin reacción perióstica asociada. Se amplía estudio con Resonancia Magnética de pelvis, donde se objetivan signos de estrés mecánico en la sincondrosis isquiopúbica izquierda, que se aprecia engrosada, con edema óseo y de partes blandas perilesionales y signos de osteocondritis de la rama isquiopúbica izquierda. Ante hallazgos compatibles con enfermedad de Van Neck-Odelberg se pauta tratamiento con Ibuprofeno y reposo deportivo. **Conclusiones:** La enfermedad de Van Neck-Odelberg es una osteocondritis de la rama isquiopubiana que aparece típicamente en niños deportistas entre los 4 y 16 años. Se caracteriza por dolor a nivel inguinal, de cadera y a veces involucrando la región glútea; generando contractura de los aductores en ausencia de trauma. La apariencia pseudotumoral en la radiología puede confundirse con fracturas de estrés, procesos infecciosos o tumorales. La ausencia de fiebre y la normalidad en las pruebas analíticas nos facilitarán el diagnóstico diferencial. Habitualmente este cuadro presenta una evolución favorable transcurridas 2 o 3 semanas de tratamiento antiinflamatorio y reposo como fue en nuestro caso.

PD-110 CARRERA CONTRA RELOJ: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN RECIÉN NACIDO CON ATRESIA DE VÍAS BILIARES

Parra Arribas, N.; Pérez Benito, M.; González Acedo, I.; Ortiz
Cantero, H. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Se describe un caso clínico de colestasis neonatal, con el objetivo de enfatizar la importancia de un diagnóstico precoz y

mantener actitud de alta sospecha ante todo neonato con ictericia colestásica > 15 días de vida. Neonato de 15 días de vida consulta en Hospital de tercer nivel, por ictericia desde el nacimiento, coluria y heces hipocólicas en últimos 4 días (heces normocoloreadas en días previos). Como antecedentes personales destaca un nacimiento a término, embarazo controlado: serología materna negativa. Peso: 3.030 g. Alimentado con lactancia artificial. Crecimiento y desarrollo acorde a edad gestacional. A la exploración se objetiva aspecto desnutrido, ictericia verdínica de piel y conjuntivas y ligera hepatomegalia. Neurológico, normal. Resultado de pruebas complementarias (PPCC) realizadas: analítica sanguínea con bilirrubina total 10,2 mg/dl a expensas de bilirrubina directa; con una marcada elevación de enzimas de colestasis, desproporcionada para el ligero aumento de enzimas de citólisis. Ante hallazgos clínicos y analíticos de colestasis neonatal, se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico, nutrición hipercalórica-normoproteica, con suplementos de vitaminas liposolubles (ADEK). Se realiza gammagrafía HIDA sin hallazgos concluyentes, se solicita colangiografía intraoperatoria con biopsia hepática para diagnóstico definitivo de atresia de vías biliares (AVB). En mismo acto quirúrgico se realiza Cirugía de Kasai a los 43 días de vida, reestableciendo así el flujo biliar. Tres meses después de la intervención, empeoramiento clínico y analítico. Se considera fracaso de cirugía y se deriva a hospital de referencia para trasplante hepático a los 8 meses de edad, que cursa sin incidencias. La AVB es una enfermedad fibro-obliterante progresiva que cursa con fallo hepático precoz si no se restablece el flujo biliar antes de los 60 días de vida. El tratamiento sigue siendo objeto de estudios a día de hoy, pues únicamente el trasplante arroja luz sobre el pronóstico de estos pacientes.

PD-111 CÓMO ACTUAR ANTE UNA OFTALMIA NEONATORUM. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lanero Olivencia, B.; Medina Bethencourt, M.;
Andrade Díaz, C.; Buzón Pérez, M.G.; Macías García, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Neonato de 12 días de vida a término con antecedentes de crecimiento intrauterino retardado tipo 1 sin factores de riesgo infeccioso y madre con serología negativa. Recibió profilaxis antibiótica tópica ocular tras el parto. Acude a nuestro centro de salud por edema palpebral derecho con secreción amarillenta y dificultad para la apertura ocular de 5 días de evolución. Afebril en todo momento. Se deriva a urgencias para valoración por oftalmología y recogida de muestras. A su llegada a urgencias, se realiza interconsulta a oftalmología que descarta complicación y se solicitan analítica, hemocultivo, cultivo y gram del exudado conjuntival, PCR Chlamydia, N. *Gonorrhoeae* y VHS 1 y 2. Se objetivan diplococos gram negativos en el Gram pendiente del cultivo, por lo que, ante la sospecha de oftalmia neonatal por N. *Gonorrhoeae* se ingresa en neonatología para tratamiento intravenoso con cefotaxima 50 mg/kg, pomada de eritromicina y tobramicina tópicas. Sin embargo, en el cultivo del exudado conjuntival se aísla *Streptococcus* Mitis, resto de pruebas solicitadas negativas. Tras 48 horas de inicio del tratamiento, presenta una mejoría franca por lo que se pasa tratamiento a vía oral y se da alta a domicilio con recomendaciones. A la semana acude a revisión por Oftalmología que dan el alta tras buena evolución. **Conclusión:** La oftalmia neonatorum o conjuntivitis neonatal puede

provocar una lesión ocular permanente y ceguera. Su incidencia ha disminuido en países desarrollados debido a la menor prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, la realización del cribado rutinario en la mujer embarazada, y la instauración de la profilaxis ocular al nacimiento. Ante una conjuntivitis neonatal, es importante ser conscientes de la importancia de su diagnóstico, la necesidad de solicitar una serie de pruebas de diagnóstico microbiológico y la instauración de forma precoz de un tratamiento eficaz en función de la sospecha etiológica.

PD-112

HIMEN IMPERFORADO, LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Romero Vázquez, L.; Íñigo, J.; Román, A.; Gómez, J.; León, S.; Jiménez, A.I.; Granero, M.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

El himen imperforado es la malformación obstructiva del tracto genital femenino más frecuente. Se trata de un trastorno de los conductos mullerianos que se caracteriza por la permanencia de una capa de tejido conjuntivo epitelizado que forma un tabique que obstruye completamente el introito vaginal. El diagnóstico, con dos picos de incidencia; en la época neonatal y en la pubertad, se realiza a través de una exploración física exhaustiva confirmándose con ecografía abdominal y su tratamiento es quirúrgico mediante himenectomía. Es primordial un diagnóstico y resolución tempranos para evitar las complicaciones asociadas. Entre ellas se encuentran dolor abdominal recurrente, amenorrea primaria, masas abdominales, abdomen agudo, hematocolpos, hidrocolpos y/o pocolpos, endometriosis, infertilidad, dolor lumbar crónico y retención urinaria con desarrollo de infecciones. El caso que nos corresponde es una recién nacida asintomática de 40 semanas con embarazo controlado y parto eutócico sin incidencias. A la exploración en maternidad se observa himen imperforado, que se confirma con ecografía en la que se visualiza la cavidad endometrial con contenido anecoico, procediéndose a himenectomía sin complicaciones posteriores. Aunque el himen imperforado es la malformación genital femenina obstructiva más frecuente, es una entidad infradiagnosticada, ya que la mayoría de los casos son asintomáticos hasta la pubertad o con un diagnóstico tardío cuando ha causado complicaciones. Con este caso, se quiere recalcar la importancia de su detección temprana mediante una exploración física cuidadosa y sistemática del área genital en la maternidad y en las revisiones del niño sano para prevenir la morbilidad consiguiente al diagnóstico tardío.

PD-113

FIEBRE EN EL PERIODO NEONATAL, NO TODO ES LO QUE PARECE

Salas Navareño, R.M.; Villanueva García, A.; Miranda Rengel, F.; Martín Lasheras, M.; Toloza Cuta, N.A.; González Boyero, J.L. - Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

Anamnesis: Acude a nuestro servicio de urgencias neonato de 11 días de vida por fiebre de máximo 39°C de una hora de evolución. Ambos padres se encuentran cursando cuadro febril, con sintomatología respiratoria y digestiva desde hace 3 días, diagnosticados de Gripe A. No constan antecedentes perinatales ni familiares de interés. **Exploración física:** Nuestra paciente

presenta buen estado general, con leve hiperemia faríngea sin otras alteraciones reseñables. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A su llegada se solicita estudio de virus en aspirado nasofaríngeo con positividad para Gripe A, pero dado que se trata de una menor de 21 días se inicia protocolo de fiebre sin foco, solicitando control analítico, hemocultivo y urocultivo mediante sondaje, objetivándose durante el mismo, salida de orina de aspecto purulento. Se realiza tira reactiva de orina que se recibe patológica y en el estudio de Gram se visualiza presencia de bacilos gram negativos, por lo que se inicia antibioterapia intravenosa empírica con Ampicilina y Gentamicina. A las 24 horas se recibe urocultivo positivo para E. Coli y en la ecografía renal solicitada durante el ingreso se aprecia una ectasia pielocalicial derecha con dilatación pielocalicial izquierda leve, condición que pudo favorecer la infección. **Conclusiones:** A pesar del claro ambiente epidémico familiar en el que se encontraba nuestra paciente y de la positividad para gripe A, debemos recordar que en el periodo neonatal la evidencia nos ha demostrado la importancia de la búsqueda de infecciones potencialmente graves para iniciar un tratamiento precoz. Asimismo, la existencia de otro posible foco de la fiebre, aunque disminuye su probabilidad, no descarta la coexistencia de una infección del tracto urinario como es nuestro caso, más aún en menores de 3 meses febril.

PD-114

"EL CHUPETE ME IRRITA"

Atienzar Gallego, R.; Hoyos Vázquez, M.S.; De Las Heras Gómez, L.; Poveda Cano, M.; Navarro Felipe, A.; López Nieves, M.J.; Dabad Moreno, M.J.
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

Anamnesis: Neonato varón de 16 días de vida que acude a consulta de atención primaria de forma programada para la supervisión correspondiente a los 15 días de vida. No presenta antecedentes personales de interés. Desde el nacimiento se encuentra alimentado con lactancia mixta. En la anamnesis refieren irritabilidad desde hace 48 horas durante las tomas, junto con rechazo parcial de la ingesta, sin otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** A la exploración se encuentra reactivo y vital, con buen estado general y coloración, y adecuado estado de hidratación. La exploración física por aparatos es normal, salvo en orofaringe donde presenta dos úlceras con fondo de fibrina y borde eritematoso bien definido, localizadas en la unión entre paladar duro y blando de forma simétrica. En la somatometría realizada en consulta destaca una pérdida de 150 g con respecto a la revisión previa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Reinterrogando a los padres refieren que 72 horas previas al inicio de la clínica habían introducido un chupete. Ante la sospecha inicial de úlcera de Bernard, se decide una actitud expectante, retirando chupete y realizando un seguimiento clínico estrecho. En los controles posteriores presenta aumento de la ingesta, desaparición de la irritabilidad y curva ponderal ascendente, junto con resolución progresiva las úlceras faríngeas. **Conclusiones:** Las aftas de Bernard son erosiones de forma ovalada y simétricas, generalmente asociadas con un agente traumático como el biberón o el chupete y cuyo tratamiento consiste en retirar dicha causa. Se trata de una entidad infradiagnosticada, por lo que es importante conocerla de cara a poder establecer una sospecha clínica y evitar la reali-

zación de pruebas complementarias innecesarias. El diagnóstico diferencial más importante que se debe realizar es el infeccioso, sin embargo, la existencia de un posible agente traumático, puede ser la clave diagnóstica.

PD-115

SEGUIMIENTO DE TALLA BAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA. NO TODOS LOS CASOS SON IGUALES

Vecchi Burastero, M.¹; Buzón Pérez, M.G.¹; Lanero Olivencia, B.¹; Coronel Rodríguez, C.²; Begara de la Fuente, M.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante con antecedentes de crecimiento intrauterino retardado durante el último mes de gestación, primer hijo de padres no consanguíneos. Presenta en controles del niño sano talla baja, en un inicio armónico y sin hallazgos en la exploración. Como antecedentes familiares destaca talla baja de madre, con braquidactilia que no se ha estudiado, así como de abuelo paterno. Talla paterna normal. **Exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En control de los 6 meses se empieza a apreciar braquidactilia con clinodactilia de ambos muñiques y cierto hipertelorismo, por lo que se deriva a consultas de Dismorfologías para estudio. Desde Atención Primaria se realizó a la madre estudio genético con resultado normal. En Dismorfologías se amplió estudio y fue dado de alta al no hallarse causa genética específica para su talla baja y no presentar otras alteraciones relevantes. Se deriva entonces a endocrinología, donde se encuentra seguimiento por esta última con diagnóstico de: talla baja familiar autosómico dominante con braquidactilia sin alteración del metabolismo fosfocálcico (iPPSD del inglés, “inactivating PTH/PTHrP Signalling Disorder”) 4/5). Se ha realizado un mapa óseo que se informa como concordante con cronológica a nivel de metacarpo y falanges, pero adelantada a nivel de carpas, con huesos cortos y de morfología tosca. **Conclusiones:** El crecimiento disarmónico es siempre patológico. El pseudohipoparatiroidismo y los trastornos relacionados o el iPPSD engloban un grupo de enfermedades endocrinas poco frecuentes y que no requiere un defecto genético confirmado para el diagnóstico. Los pacientes con este tipo de alteraciones pueden padecer un amplio rango de manifestaciones clínicas y complicaciones de aparición variable en el tiempo, desde el período neonatal hasta la edad adulta, por lo que la consulta de Atención Primaria es idónea para detectar y seguir estas patologías, así como para aunar el manejo por parte de un equipo multidisciplinario.

PD-116

ANTROPOMETRÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

García Pacheco, L.; Mosquera Froufe, M.; Arroyo Ruiz, R.; Martín Alonso, M.M.; Bajo Delgado, A.F.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objeto del trabajo: Descripción de la antropometría de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1 en la unidad de Endocrinología Infantil del Hospital de Salamanca. **Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico descriptivo y relacional retrospectivo. Se incluyen 34 pacientes con unas edades comprendidas entre 4 y 13 años al diagnóstico, con un seguimiento mínimo de 12 meses. Se recopilaron datos de las historias clínicas durante los 4 primeros años de seguimiento,

a los 8, 10 y 14 años, tales como, antropometría, hemoglobina glicosilada (HbA1c), desarrollo puberal, talla diana y enfermedades asociadas. Se realiza la prueba de correlación de Spearman para determinar la relación entre variables dependientes e independientes y se analiza talla final en relación a la talla diana y en función del control metabólico. **Resultados:** Durante los 3 primeros años de seguimiento se identificaron 34 pacientes, a los 4 años 29 pacientes, a los 8 años 24, a los 10 años 17 y finalmente 8 pacientes permitieron llevar un seguimiento de 14 años. La mediana de edad al diagnóstico fue de 7 años y en torno al 80% se encontraban en edad prepuberal. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la edad al diagnóstico y la Z talla para la edad, sin encontrar relación entre ésta y el control metabólico. Aquellos pacientes con niveles de HbA1c >7,5% presentaban una talla en la edad adulta con mayor distancia a la talla diana que aquellos con HbA1c < 7,5%, sin ser mayor de 1 DS. **Conclusiones:** La edad temprana al diagnóstico se correlaciona negativamente con la talla final. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el control metabólico. A pesar de ello, los pacientes con glicosiladas alteradas muestran una Z talla en edad adulta inferior a la Z talla diana correspondiente.

PD-117

ORTOPEDIA INFANTIL, ¿QUÉ DERIVAMOS A LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA INFANTIL?

Goez Sanz, C.¹; López Salas, E.²; Núñez De Armas, J.³; Moraleda Novo, L.³; Cabello Blanco, J.³; González Morán, G.³.

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ²Hospital Universitario, Burgos, España; ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Objetivo del trabajo: Conocer los motivos de derivación desde atención primaria (AP) a Traumatología y Ortopedia Infantil (TRAI). **Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente los pacientes atendidos en la consulta de TRAI del centro de especialidades derivados desde AP desde mayo de 2022 hasta mayo de 2021. Se analizaron los datos sobre motivo de derivación y manejo realizado en consulta. **Resultados:** Se incluyeron 369 pacientes. 53% fueron varones y 47% mujeres. La media de edad fue 9,7 años (Pc25 6,3 años-Pc75 13,5 años). El motivo de derivación a consultas más frecuente fueron los problemas de los pies (40%), seguido de columna (34%), rodilla (23%), miembro superior (8%) y cadera (3%). La marcha en intratorsión fue la consulta más frecuente relacionada con los pies (12%) y el análisis de la estática la más frecuente relacionada con la columna (23%). El 26% de los pacientes fueron remitidos a la consulta especializada con pruebas complementarias. Se solicitaron pruebas complementarias desde la consulta de TRAI a un 11% de los pacientes. En un 12% de los casos se pautaron ejercicios domiciliarios y en un 5% se prescribió el uso de ortesis. Un 8% fueron derivados a otro servicio. Un 8% se envió a la Unidad de referencia de TRAI hospitalaria. El 49% no precisó seguimiento tras la primera valoración. **Conclusiones:** Los problemas relacionados con los pies y la columna son los motivos más frecuentes de derivación a las consultas de TRAI. La mayoría de los pacientes no requieren un tratamiento específico y son dados de alta tras la primera consulta. Podría ser útil promover programas de formación de los pediatras de AP en TRAI para dotarnos de autonomía en los procesos que pueden ser seguidos en la consulta de pediatría de AP.

SIN DEFENSA

P-001

AHOGAMIENTO EN PISCINA PARTICULAR, IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Sánchez De Puerta Laguna, C.; López Barea, I.;
Márquez Caballero, J.; Arévalo, I.; Castro Rodríguez, L.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 2 años atendida por el 061 en su domicilio por parada cardiorrespiratoria secundaria a ahogamiento en piscina familiar. Los padres han iniciado RCP básica. Precisa RCP avanzada durante 12 minutos, con dos dosis de adrenalina, hasta recuperación de circulación (tiempo total de parada 20-25 minutos). Se traslada a UCI pediátrica. **Exploración física:** Al ingreso frialdad e hipotonía generalizadas, no hematomas ni deformidades, pulsos periféricos palpables, pupilas midriáticas y arreactivas, respiración superficial, auscultación con adecuada ventilación bilateral sin soplos y abdomen normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Porta tubo endotraqueal conectándose a ventilación mecánica e iniciando perfusión de midazolam. Se inicia perfusión de noradrenalina por inestabilidad hemodinámica. En primeras horas tras parada muestra acidosis metabólica (pH 6,98, HCO₃ 12,3 mmol/L), hiperlactacidemia 5,8 mmol/L, datos de daño hepático agudo (hipertransaminasemia y coagulopatía con INR 1,5) que precisa plasma y vitamina K, insuficiencia renal aguda (creatinina 0,62 mg/dl), rabdomiolisis (elevación de creatin-kinasa hasta 1.200 U/L y orina oscura) y daño miocárdico agudo (tropoinas elevadas y escasa contractilidad ventricular). Así mismo presenta estatus convulsivo precisando perfusiones de propofol y midazolam. **Conclusiones:** - El ahogamiento supone la segunda causa de muerte accidental en menores de 14 años en España. En menores de 5 años se producen sobre todo en piscinas particulares o de comunidades. - El Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones No Intencionadas en la Infancia proporciona recomendaciones para prevenir este tipo de lesiones. Entre ellas destacamos que cualquier piscina unifamiliar debería estar equipada con dispositivos de seguridad: cercado de protección, alarmas de movimiento, lona o estructura rígida que soporte el peso de un adulto, entre otros. - Ante una parada cardiorrespiratoria en medio extrahospitalario se deben iniciar maniobras de RCP básica lo antes posible y contactar con los servicios de emergencias.

P-002

MANEJO DEL AHOGAMIENTO DESDE LA ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Gutiérrez Camus, A.; Gómez Arce, A.; De Lamo González, E.;
Méndez Sierra, A.; Fernández Cabo, V.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Adolescente de 15 años que acude en ambulancia a un hospital comarcal por casi-ahogamiento. Refiere que estaban haciendo un descenso en canoa, cuando se cae, quedándose atrapada

debajo de la misma. Ha permanecido sumergida unos 3 minutos, la sacan del agua y posteriormente realiza un vómito de contenido sanguinolento. No refiere pérdida de conocimiento, aunque no recuerda cómo la han sacado del agua. Ha sido rescatada en helicóptero por el servicio de emergencias. A su llegada al hospital comarcal presenta varios accesos de tos con esputo sanguinolento. Se extrae gasometría venosa y analítica sanguínea sin alteraciones. Se realiza radiografía de tórax donde se objetiva marcado engrosamiento intersticial bilateral y algunas opacidades de aspecto alveolar en campo izquierdo, compatibles con casi-ahogamiento, por lo que se deriva a hospital de referencia en UVI móvil. A su llegada, destaca en la exploración física, subcrepitantes dispersos en ambos campos pulmonares y leve polipnea con oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lpm (saturación sin oxígeno complementario de 90-91%). Debido a la clínica respiratoria y a la necesidad de vigilancia, se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-P), donde se inicia oxigenoterapia de alto flujo (40 L/FiO₂ 0,3) y antibioterapia con ceftriaxona cubriendo aspiración de agua dulce, permaneciendo ingresada en UCI-P durante dos días con buena evolución y mejoría de la auscultación pulmonar persistiendo mínimos crepitantes basales. Cuando se decide alta a planta de hospitalización, ante mejoría de la clínica y de los parámetros analíticos, se desescala antibioterapia a amoxicilina-clavulánico, decidiéndose alta tras cuatro días de ingreso. Ante un episodio de ahogamiento los determinantes más importantes para evitar la aparición de secuelas graves son el rescate temprano y la instauración inmediata de un soporte vital básico, por lo que es necesario conocer el algoritmo diagnóstico y terapéutico desde el primer contacto con el paciente.

P-004

RETOS EN LA ATENCIÓN Y VACUNACIÓN DEL ADOLESCENTE

Del Rey Vitó, S.; Artés Prades, B.; Calvo Naharro, L.;
Fernández Martínez, C.; Vidal Pomada, J.
CAP Terrassa Est - CST, Terrassa, España

En la adolescencia, la mayoría de los jóvenes se sienten con un buen estado de salud. Esto conlleva que la atención a su salud por parte del equipo de pediatría como de la familia, adolescente y la propia sociedad pase más desapercibida. Uno de los aspectos a constatar en la Revisión del Programa del Niño Sano en la adolescencia será corroborar el estado de vacunación en los controles periódicos de salud y ofrecer la oportunidad para obtener una buena cobertura. Es importante conocer y visualizar el concepto que tienen las familias y los adolescentes para determinar cuáles son las barreras que obstaculizan su vacunación y determinar qué herramientas podemos utilizar para llevar a término una mejora en términos de educación para su salud. Ejerciendo prevención, ampliación de conocimientos, liberación miedos y tomar la decisión de vacunar: familias y/o adolescentes. A la vez, podremos mirar de establecer cuáles son las mejores estrategias para la vacunación y la aproximación hacia el adolescente.

P-005
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SOBRE EL TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA

Barceló Serra, C.; Viedma Matobella, E.; Valdés Mayo, R.;
 Ramos Pérez, M.T.; Torrado Hernández, A.;
 Palomeque Artuñedo, A.; Paüls Asensi, J.; Ortega Villar, S.L.;
 González Salcedo, M.M.
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Introducción: El tabaco es, después del alcohol, la droga más extendida entre los estudiantes de 14-18 años. El tabaquismo constituye un grave problema de salud pública y acontece un reto profesional. La escuela es uno de los principales ámbitos de socialización, donde se forman grupos y roles. La imagen que el adolescente quiere proyectar conlleva al hecho de sentirse presionado para realizar prácticas no seguras. El objetivo fue desarrollar un programa de educación sobre el hábito tabáquico dirigido a los adolescentes de entre 12-14 años y al profesorado. **Metodología:** Revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Medline (a través de PubMed) y Cuiden. Se incluyeron estudios que hubieran desarrollado programas de educación para la salud sobre el tabaquismo dirigido a adolescentes de los centros escolares de entre 12-14 años y profesores. Además, se incluyeron Guías de Práctica Clínica. **Resultados:** Se revisaron 9 artículos y finalmente se incluyeron 4. El programa educativo desarrollado está formado por 3 sesiones divulgativas sobre contenidos de calidad. A través de este programa educativo, se pretende conseguir la disminución de la incidencia de adolescentes fumadores, la integración de las estrategias de prevención y abordaje en el profesorado y la satisfacción del alumnado. **Conclusiones:** El consumo generalizado de tabaco entre los adolescentes, especialmente en el grupo de amigos y amigas, configura que el riesgo de iniciar el consumo de tabaco se vea aumentado. La comunidad escolar es considerada un lugar idóneo para prevenir o retrasar el inicio del consumo de cualquier tipo de droga. Promover mediante la educación sanitaria la cooperación entre los centros de atención primaria y los centros educativos para desarrollar estrategias para disminuir el hábito tabáquico entre los adolescentes de los centros escolares y, así, facilitar la detección precoz de los casos y su posterior abordaje.

P-007
PREVALENCIA DE SIBILANCIAS EN NIÑOS DE 6-7 AÑOS
DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA, ESTUDIO
INTERNACIONAL DEL GLOBAL ASTHMA NETWORK

Domínguez Villoria, M.¹; De La Calle Cabrera, T.²; Sánchez Jiménez, M.C.³; Pérez Oliva, M.D.¹; Martín García, J.A.¹; Martín Ruano, J.⁴; De Arriba Méndez, S.⁵; Otero Fernández, M.N.⁵; Pellegrini Belinchón, F.J.⁶; Vega Hernández, M.C.⁷.
¹Centro de Salud de San José, Salamanca, España; ²Centro de Salud de Tamames, Salamanca, España; ³Centro de Salud de Periurbana Sur, Salamanca, España; ⁴Centro de Salud de San Juan, Salamanca, España; ⁵Centro Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ⁶Centro de Salud de Pizarrales, Salamanca, España; ⁷Universidad de Salamanca, Salamanca, España

Objeto del trabajo: El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes de la infancia en los países desarrollados. Los estudios del International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) I y III evaluaron la prevalencia de asma en niños de

6-7 años y 13-14 años a nivel mundial, y se continúan con el estudio del Global Asthma Network (GAN). Se evaluaron también los factores de riesgo y protectores para el desarrollo de asma, la severidad y el tratamiento. **Métodos:** Estudio observacional transversal en niños de 6-7 años de Salamanca como parte del estudio GAN, a través de un cuestionario entregado en los colegios y completado por los padres del niño en los años 2016-17. Las variables analizadas fueron: sibilancias en los últimos doce meses (asma reciente, AR), asma diagnosticada por un médico (ADM), y asma grave (AG). Se ha realizado el análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Los padres de 2388 niños completaron el cuestionario. Aunque un 33,4% habían tenido sibilancias alguna vez en la vida, solo un 9,2% tenían AR, un 6,9% ADM y un 3% AG. Las dos primeras variables fueron más frecuentes en niños: AR OR 2.0 (1,5-2,6), ADM OR 1.9 (1,3-2,6), mientras que el asma grave presentó igual prevalencia en ambos sexos AG OR 1.5 (0,9-2,4). La prevalencia de Dermatitis Atópica fue del 8,7% y la Rinoconjuntivitis del 8,9%, Solamente 2,4% tenían ambos, en total un 15,3% tenían antecedentes personales de atopía. **Conclusiones:** Este es el primer estudio internacional de asma en el que participa Salamanca y la prevalencia de asma en niños de 6-7 años está en un nivel medio-bajo comparada con otros lugares de España y Europa. Es más prevalente en el sexo masculino. Detectamos infra-diagnóstico, con una prevalencia de asma grave y atopía baja comparada con la media internacional.

P-008
TUMEFACCIÓN LUMBAR COMO FORMA
DE DIAGNÓSTICO DE UNA VASCULITIS

Buzón Pérez, M.G.¹; Benítez Fernández, I.²; Cabello Gómez, S.²;
 Ruiz Jiménez, E.¹; Lanero Olivencia, B.¹.
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;
²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Paciente de 5 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por lumbalgia intensa de horas de evolución asociada a impotencia funcional de miembros inferiores con incapacidad para deambular. Afebril, sin traumatismos ni infecciones en días previos. Antecedente materno de enfermedad reumatológica en la infancia. En la exploración física destaca, a la palpación, una tumefacción paravertebral dorsolumbar derecha dolorosa sin signos inflamatorios locales y edema periarticular doloroso en ambos tobillos. Se solicita analítica sanguínea donde se objetiva leve leucocitosis con neutrofilia, anemia microcítica hipocroma con sideremia e índice de saturación de la transferrina disminuidos y proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, fosfatasa alcalina y creatinina-fosfocinasa elevadas. Además se realizan radiografía, ecografía y resonancia lumbosacras que muestran una colección serosa entre plano muscular y tejido celular subcutáneo de extensión D8-S1, por lo que se decide ingreso en planta. En las primeras 24-48 horas de hospitalización aparece exantema purpúrico en nalgas, región genital y miembros inferiores. Ante la sospecha de púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) se indica reposo y antiinflamatorios orales, consiguiendo resolución del dolor, de la tumoración y de la impotencia funcional. Se procede al alta ante mejoría clínica. A las 24 horas del alta reconsulta por episodio de dolor agudo en hemiabdomen derecho. Se realiza tira de orina y ecografía abdominal (normales) y se inicia tratamiento con corticoides a 2 mg/kg/día con mejoría del dolor. Actualmente el paciente está

en seguimiento por nefrología dada la proteinuria hallada en el seguimiento posterior por su pediatra. **Conclusión:** La PSH es la vasculitis más frecuente en niños. Aunque sus síntomas clásicos son ampliamente conocidos, la aparición de síntomas atípicos o en un orden distinto al habitual puede dificultar su diagnóstico. Por tanto, teniendo en cuenta este caso, tenemos que incluir entre otras cosas la PSH en el diagnóstico diferencial de tumoración dolorosa aguda.

P-009

COARTACIÓN DE AORTA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO, IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN CONTROLES DE SALUD INFANTIL

Sánchez De Puerta Laguna, C.¹; Altarejos Salido, F.²; Arévalo, I.¹; Márquez Caballero, J.¹; López Barea, I.¹.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Se derivan a Cardiología dos pacientes de 8 y 5 años ante el hallazgo de hipertensión arterial (HTA), el primero en contexto de epistaxis de repetición y el segundo en seguimiento por cefalea. Ambos tienen antecedentes familiares de HTA. **Exploración clínica:** En ambos se confirman cifras de HTA y gradiente tensional entre miembros superiores e inferiores superior a 20 mmHg. Los pulsos braquiales son fuertes, pero no los femorales. A la auscultación se objetiva soplo sistólico leve en borde paraesternal izquierdo y en espalda. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan electrocardiogramas que son normales. En las ecocardiografías se objetiva coartación aórtica a nivel de istmo con gradiente elevado (41 y 38 mmHg respectivamente). Como hallazgo adicional en el paciente de 8 años se constata válvula mitral displásica con insuficiencia mitral leve y válvula aórtica displásica con estenosis e insuficiencia aórtica leves, siendo todo esto compatible con síndrome de Shone leve. En el caso del paciente de 5 años presentaba además una CIV subaórtica restrictiva. Ambos pacientes fueron intervenidos de formal percutánea para colocación de stent recubierto, mejorando progresivamente la HTA. **Conclusiones:** - El programa de salud infantil busca la identificación precoz de signos o síntomas en el paciente pediátrico, permitiendo el diagnóstico precoz de múltiples enfermedades en el periodo neonatal y preescolar. Es fundamental tanto realizar, como reflejar en la historia clínica, una exploración física completa. - La coartación de aorta supone el 5% de las malformaciones cardíacas congénitas, su prevalencia es 2,1/10.000 recién nacidos vivos. La presentación clínica depende de la severidad de la coartación y su asociación con otras malformaciones. Puede diagnosticarse en el estudio del neonato con insuficiencia cardíaca o en pacientes asintomáticos con exploración física alterada: soplo irradiado a espalda, ausencia/debilidad de pulsos distales a la coartación, HTA con gradiente entre miembros superiores e inferiores.

P-010

ABSCESO PERIANAL EN LACTANTE: ¿UBI PUS, IBI EVACUA?

Villanueva García, A.; Salas Navareño, R.M.; Miranda Rengel, F.; González Boyero, J.L.; Toloza Cuta, N.A.; Martín Lasheras, M.; Rodrigo Castroviejo, A.; Cadenas Villegas, A.S.; Alcaide Baena, C.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Anamnesis: Lactante varón de 18 meses que consulta por absceso perianal refractario a tratamiento antibiótico oral. Refiere tumefacción en región glútea de 5 días de evolución y febrícula intermitente. Había recibido tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico con empeoramiento de la lesión presentando induración y signos flogóticos. No constan infecciones de repetición ni clínica sugerente de inmunodeficiencia subyacente. Ante la sospecha de absceso perianal refractario a tratamiento oral se decide ingreso. **Exploración física:** Triángulo de evaluación pediátrica estable. Destaca tumoración eritematosa y fluctuante de 4 x 4 cm de diámetro con aumento de temperatura local localizada en cuadrante anterior derecho perianal. No se visualiza secreción de material purulento y la estructura anal no presenta alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A su ingreso se realiza drenaje de lesión abscesificada obteniendo gran cantidad de material purulento maloliente. En control analítico destaca PCR 65 mg/l y aumento de parámetros inflamatorios (32.820 leucocitos/mm³ y 22.450 neutrófilos/mm³). El cultivo del absceso resulta positivo para *Escherichia Coli* multisensible y el hemocultivo negativo. Recibe tratamiento antibiótico intravenoso según antibiograma con amoxicilina-clavulánico durante 7 días con evolución clínica satisfactoria y resolución del absceso confirmada por ecografía. **Conclusiones:** 1. Los abscesos perianales (AP) son infecciones de los tejidos blandos del área perianal. La amplia mayoría de ellos se desarrollan en niños sanos y son autolimitados aunque existe un alto porcentaje de recurrencia. 2. Como en nuestro caso, existe una fuerte predominancia del sexo masculino y es frecuente en menores de 2 años que presentan anomalías congénitas de las criptas de Morgagni. El estudio de inmunodeficiencias se debe restringir a los pacientes con AP recurrentes o asociados a otras manifestaciones. 3. El tratamiento de los AP continúa siendo objeto de debate. Es recomendable optar por un tratamiento conservador, reservando el drenaje quirúrgico en aquellos casos refractarios a tratamiento antibiótico o a curas locales.

P-011

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE POSTVACUNADA CON CLÍNICA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

González Campos, D.M.¹; Durán Ballén, M.²; Madrid, M.²; Papaleo, A.¹. - ¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España; ²Reus, Tarragona, España

Nacida a término (40 + 3 sg) sin antecedentes relevantes. Lactancia materna exclusiva, con seguimiento adecuado en centro de atención primaria (AP). A los 4 meses de vida consulta en AP por náuseas, vómitos, hipersalivación e intolerancia oral tras 8 horas desde la administración de 2º dosis de vacuna hexavalente, 2º dosis de vacuna rotavirus (RIX4414), 2º dosis PCV13, y primera dosis de vacuna conjugada contra el meningococo C. En consulta, presenta una exploración física anodina, pero ante persistencia de intolerancia oral, se decide derivación e ingresa en hospital de zona, donde se realiza analítica de sangre y orina, con resultados normales, recibe rehidratación endovenosa y resuelve clínica a las 48 horas. Tras una semana, reconsulta por persistencia de clínica, asociada a diaforesis y crisis de llanto. Se cursa ingreso en hospital de zona con sospecha de invaginación intestinal, ampliando estudio con analítica sanguínea,

EEG, coprocultivo, y PCR para SARS-COV-2, sin resultados patológicos. Se realiza ecografía abdominal, que descartaba patología digestiva, presentando mejoría clínica tras inicio de omeprazol, orientándose cuadro como reflujo gastro-esofágico y retirándose PLV de dieta materna. Reconsulta en AP 48 horas después por sensación de dificultad respiratoria, destacando en la **exploración física**: taquipnea y ausencia de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, con SatO₂ correctas. Se realiza radiografía de tórax A-P que muestra hallazgos compatibles con hernia diafragmática congénita (HDC) izquierda: ocupación de hemitórax izquierdo con contenido intestinal y desplazamiento de mediastino hacia la región contralateral. Se contacta con centro de referencia de cirugía pediátrica, donde se traslada para intervención quirúrgica programada bajo toracoscopia, sin recidiva posterior en controles radiológicos. **Conclusiones**: La HDC es un defecto del desarrollo diafragmático que suele diagnosticarse prenatalmente o en el período neonatal y puede suponer un reto diagnóstico en su presentación tardía, para lo cual se precisa de alto grado de sospecha.

P-012

SÍNTOMAS NO FRECUENTES DE UN CUADRO QUIRÚRGICO EN UN NIÑO AUTISTA

Barahona Rondón, L.¹; Molina Vega, R.².

¹Centro de Salud Valleaguado, Madrid, España;

²Hospital Marino Molina Scippa EsSalud, Lima, Perú

Anamnesis: Niño de 4 años. Gestación normal, edad gestacional de semanas. Parto normal, peso al nacer 3.700, talla al nacer de 48 cm, perímetro cefálico 35 cm, APGAR 9/9. Vacunación completa según calendario. Diagnosticado de autismo hace 1 año (retraso del desarrollo psicomotor, del lenguaje, socialización, escaso contacto visual). Padres sanos. Inicia enfermedad por cuadro de vómitos, deposiciones con moco, sin sangre, fétidas, fiebre 39°C. Acude a urgencias hospitalarias, dándosele de alta con diagnóstico (dx) de Gastroenteritis (GEA). Por persistencia de clínica y diuresis disminuida, vuelve a acudir a urgencias, quedándose ingresado por deshidratación moderada y GEA infecciosa. **Exploración Clínica**: Niño autista, difícil de explorar, febril, llenado capilar mayor de 2 segundos, hipoactivo, deshidratado, orofaringe congestiva, mucosas poco húmedas, abdomen timpanizado. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos**: Al ingreso se pone suero endovenoso (EV) Na Cl (Cloruro de Sodio) 0,9%+ Dextrosa al 5%+ KCl (Cloruro de Potasio) 20%. Cuatro horas después, se encuentra afebril, una deposición semilíquida, se evalúa como deshidratación leve. Reacción inflamatoria en heces positiva (70-80 leucocitos por campo), hemograma con leucocitosis y neutrofilia, PCR 30,9 mg/dl, hipocalemia de 2,89 mmol/l. Antígenos contra el SARS CoV2 negativa. Se agrega Ceftriaxona 750 miligramos EV, por Sepsis abdominal. Un día después del ingreso, presentó dos deposiciones semilíquidas, diuresis disminuida, ojos hundidos, mucosas hemisecas. Diagnóstico sepsis punto partida gastrointestinal+ hipocalemia moderada (2,79 mmol/L) + deshidratación moderada. Se interconsulta a cirugía por dolor abdominal en aumento e hiporexia. Radiografía de abdomen: edema de asas, asa centinela, niveles hidroaéreos. Dx de cirugía: abdomen agudo quirúrgico. Derivándosele para intervención urgente. Dx final apendicitis con peritonitis generalizada. **Conclusiones**: El autismo puede dificultar la exploración física por la poca colabora-

ción del paciente. Sin embargo no deberíamos banalizar un dx por síntomas acompañantes. Puesto que la presencia de diarrea importante no es frecuente entre los niños con apendicitis.

P-013

TORSIÓN TESTICULAR... ¿EN UN LACTANTE DE 3 MESES?

Íñigo Gil, J.; Cantos Masa, P.; Mimbrero Gutiérrez, V.; Flores Méndez, B. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de 3 meses sin antecedentes perinatales ni personales de interés que es traído al Servicio de Urgencias por presentar de manera repentina y desde hace 2 horas una asimetría de la bolsa escrotal, con aparición de rubor y edema en hemiescrotal derecho. Apparentemente no presenta dolor y no asocia ninguna otra sintomatología. Permanece afebril en todo momento. **Exploración física**: Constantes vitales en rango. Se objetivan genitales normoconfigurados con edema, rubor y aumento de tamaño de hemiescrotal derecho. No se objetiva horizontalización clara del testículo y a la manipulación destaca una consistencia empastada y dolor a la manipulación, siendo el reflejo cremastérico dudoso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos**: Se decide realizar una ecografía urgente, en la que destaca cordón espermático izquierdo con ecogenidad heterogénea y compromiso de flujo en eco-doppler. Ante los hallazgos ecográficos se decide intervención quirúrgica urgente previa extracción analítica y estudio de orina. Durante la intervención se objetiva el testículo normocoloreado con un epididimo y cordón espermático engrosado y con marcado componente inflamatorio. La analítica sanguínea resulta anodina, mientras que en el sedimento urinario se resultan nitritos positivos y se aísla *E. coli*. Finalmente el paciente completa ciclo de antibioterapia dirigida con buena evolución y es derivado al Servicio de Nefrología Pediátrica para estudio. **Conclusiones**: El escroto agudo supone un reto diagnóstico, especialmente en el periodo de lactantes, debiéndose incluir patologías poco habituales en estos rangos de edad. La orquiepididimitis es una patología propia de prepúberes y adolescentes, producida por un flujo retrógrado de la orina. La sospecha diagnóstica mediante la anamnesis y exploración física, así como las pruebas complementarias, resultan fundamentales en el manejo.

P-014

CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA, NO TODO ES LO QUE PARECE

González Campos, D.M.¹; Núñez Adán, A.F.²; Puértolas Pau, I.²; Castañeda Mendieta, R.² - ¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España; ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Caso 1: Niño de 7 años sin antecedentes personales de interés. Acude al servicio de urgencias por cefalea recurrente de un mes de evolución, de características pulsátiles, focalización occipital, asociada a vómitos y despertares nocturnos por el dolor. Había acudido previamente al pediatra de atención primaria (AP) la semana anterior por clínica de cefalea y vómitos, orientándose cuadro como cefalea migrañosa dados los antecedentes familiares de migraña, presentando una exploración neurológica normal. En esta ocasión, en la valoración neurológica, destacaba un romberg negativo con un tándem alterado, con lateralización hacia la izquierda. Se realiza TAC craneal urgente, que muestra masa craneal en fosa posterior. Ingresa para estudio con RMN

craneal, que confirma hallazgos compatibles con meduloblastoma, tributario de intervención quirúrgica la semana siguiente.

Caso 2: Niño de 5 años sin antecedentes personales o familiares de interés. Acude a servicio de urgencias por cefalea diaria de 6 días de evolución, con clínica nocturna, sin respuesta a analgésicos. Hacía dos semanas había completado tratamiento con amoxicilina por otitis media aguda. El día anterior había sido valorado por pediatra de AP, presentando una exploración física y neurológica normal, pautándose tratamiento analgésico con metamizol e ibuprofeno. Reacude por persistencia sintomática. A la valoración en urgencias, presenta una exploración neurológica sin alteraciones, destacando signos de alarma en la anamnesis, por lo que se realiza TAC craneal, que muestra lesión neoformativa en fosa posterior con hidrocefalia asociada supratentorial obstructiva y signos de herniación transtentorial ascendente. Ingresa para completar estudio con RMN cerebral, que confirma hallazgos, compatibles con astrocitoma pilocítico. Se programa intervención quirúrgica a los pocos días.

Conclusiones: La cefalea es un motivo de consulta frecuente en AP pediátrica. Puede suponer un reto diagnóstico identificar aquellos signos de alarma que obligan a derivación urgente.

P-015

MI NIÑO TIENE LA UÑA FEA: PRESENTACIÓN DE PATOLOGÍA ÓSEA

Palma Conesa, M.C.; Cadenas Villegas, A.S.; García Iglesias, F.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Introducción: La patología ungueal es sobre todo de tipo dermatológico pero deben tenerse en cuenta otros diagnósticos. La importancia de sospechar esta posibilidad radica en la necesidad de otras alternativas terapéuticas. La exostosis subungueal es un hallazgo poco frecuente que cursa con tumoración de la parte distal del pie y deformidad en la uña. Debe sospecharse ante un crecimiento progresivo de los tejidos periungueales asociado a dolor, más común en primer dedo. **Caso clínico:** Paciente de 6 años que acude a consulta de Pediatría por tumoración en parte distal de segundo dedo de pie de 3 semanas de evolución con dolor a la deambulación. Niega traumatismo previo. **Exploración física:** Nódulo duro, blanquecino y doloroso con protrusión en borde ungueal de 2º dedo. Deformidad de la uña y onicodistrofia. **Antecedentes personales:** Tratamiento tópico y oral con antifúngicos por sospecha de tiña ungueal sin mejoría. **Evolución clínica:** La tumoración presentó un crecimiento inicial rápido en semanas con aumento de tamaño lento en varios meses. Se solicitó radiografía del pie donde se aprecia lesión exofítica de densidad ósea sin interrupción de cortical en falange distal. Se diagnostica de exostosis ungueal y se deriva a consultas de Traumatología para valoración. Finalmente, se incluye en lista de espera quirúrgica para resección. **Conclusiones:** La exostosis ungueal es un tumor óseo benigno infrecuente causado por una metaplasia activa secundaria a micro traumatismos repetitivos. El diagnóstico diferencial implica el tumor glómico y el osteocondroma, entre otros. El diagnóstico de sospecha de la exostosis ungueal es clínico y debe confirmarse con un estudio radiológico. El tratamiento es quirúrgico para conseguir una normalidad funcional y mayor calidad de vida evitando recidivas y complicaciones estéticas.

P-016

PUNCIÓN LUMBAR ECOGUIADA, ¿QUÉ NOS APORTA?

Mimbrero Gutiérrez, V.¹; Íñigo Gil, J.¹; Rodríguez, M.¹;
Márquez Caballero, J.²; Fernández Romero, E.¹.
¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España;
²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

La punción lumbar constituye uno de los procedimientos invasivos más frecuentes en el servicio de Urgencias pediátricas. Su tasa de fracaso puede alcanzar el 30-50%. La ecografía ofrece una ventana (por su columna vertebral cartilaginosa) y capacidad de localización de puntos anatómicos que podrían mejorar la tasa de éxito y seguridad para el operante. Lanzando esta premisa, se realiza un estudio retrospectivo para conocer la tasa de éxito y aspectos condicionantes al respecto, de la punción lumbar ecoguiada frente a la manual. **Método:** Estudio descriptivo en base a una muestra obtenida en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (Hospital terciario). Criterios de selección: - Periodo: 01/02/2021-31/06/2022. - Formación: residentes (1º-2º-3º-4º) y facultativos especialistas adjuntos. - Turno: mañana/tarde. - Procedimiento: ecoguiado/manual. - Éxito o fracaso en 1º intento (intentos con el método contrario). - Procedimiento urgente/eglado. - Medición de presión intracraneal. **Resultados:** - El 82% se realizaron por la mañana. 62% fueron programadas. La presión intracraneal se registró en un 13,8% de las ocasiones. - El 65,5% fueron manuales (95% de acierto), frente al 35,5% que fueron ecoguiadas (56% de aciertos). La técnica manual presenta un 100% de acierto como 2º opción. - Tanto R1 y R2 presentaron 100% de acierto ecoguiados. **Conclusiones:** 1. La ecografía ofrece seguridad al operante frente al procedimiento, reduciendo errores en la técnica y complicaciones secundarias (parestesia, punción inadvertida vascular o duramadre). 2. La ecografía como guía para la PL es de mayor utilidad en FAE, por su experiencia en la PL y en la ecografía. 3. La promoción de la ecografía en la formación de residentes y FAE es el pilar para mejorar la pericia de los profesionales en la PL ecoguiada, disminuyendo intentos, complicaciones y aspectos anatómicos predictores de PL difícil, candidatos a técnica ecoguiada.

P-017

TUMORACIÓN CERVICAL EN EL LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Villanueva Guerra, A.G.; Arias Vivas, E.; Medina García, E.;
Cabrera Cascajero, P.; Gaitero Pérez, A.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Anamnesis: Lactante mujer de 5 semanas de vida, presenta tumoración cervical derecha de 3 días de evolución. No sintomatología infecciosa, no fiebre, no traumatismo previo. Apetito conservado, adecuada ganancia ponderal. **Exploración clínica:** Bultoma cervical derecho de 2 centímetros de diámetro máximo localizado a nivel del músculo esternocleidomastoideo. Consistencia dura, no doloroso, sin signos externos de inflamación. Tendencia al giro cervical izquierdo. No plagiocefalia. **Procedimientos diagnósticos:** Ecografía cervical que objetiva engrosamiento fusiforme y heterogenicidad del músculo esternocleidomastoideo derecho, compatible con fibromatosis colli. **Tratamiento:** Rehabilitación domiciliaria con buena respuesta clínica. **Conclusiones:** La fibromatosis colli se caracteriza por inflamación del músculo esternoclei-

domastoideo, clínicamente encontramos una masa de lento crecimiento en las primeras 8 semanas de vida. En el 75% aparece en el lado derecho, siendo la afectación bilateral extremadamente rara. El 20% se asocia a tortícolis. Su etiología es desconocida, se atribuye a isquemia transitoria del músculo tras parto dificultoso o malposición uterina. El diagnóstico tardío puede desencadenar plagiocefalia, limitación de movilidad cervical o compromiso de estructuras vasculares. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque la ecografía cervical es de gran utilidad. El diagnóstico diferencial es diverso, destacando lesiones congénitas (quiste branquial o tirogloso), lesiones inflamatorias (linfadenitis tuberculosa) y procesos neoplásicos. El tratamiento es principalmente conservador con fisioterapia, tiende a la desaparición tras 4-6 meses, mayoritariamente. En <10% de casos hay necesidad de intervención quirúrgica. El diagnóstico diferencial del bultoma cervical es amplio, para lograr un abordaje adecuado es fundamental la anamnesis, exploración y apoyo en pruebas diagnósticas como la ecografía cervical. Esta última, además de indolora e inocua, apoya el diagnóstico de fibromatosis colli, evitando pruebas complementarias innecesarias y permitiendo iniciar tratamiento rehabilitador precoz que mejora el pronóstico y disminuye complicaciones. La formación en ecografía de partes blandas en pediatría es útil para distintas patologías como la que exponemos en nuestro caso.

P-018

UN TRAUMATISMO "LEVE" QUE PRECISÓ CIRUGÍA

Macías López, N.; Martínez García, A.; Begines Tirado, M.; Casero González, M.M.; Ulecia Cantero, R.; Gallego Cortés, F.J.; Chamarro Vera, A.; Fernández Smersu, N.; Álvarez Mateos, M.C.; Roncero Maillo, M.
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Lactante de 8 meses que acude por caída desde la cama (aproximadamente 50 cm) con traumatismo a nivel parietal presentando hundimiento, motivo por el que consultan. No pérdida de conciencia. No vómitos. No movimientos anómalos. No irritabilidad ni cambios en su comportamiento habitual tras el traumatismo. **Exploración clínica:** Paciente con TEP estable. Exploración física por aparatos normal, excepto deformidad parietal derecha con cefalohematoma. Depresión central que impresiona de posible fractura. Exploración neurológica detallada normal, con fontanelas normotensas. **Procedimientos diagnósticos:** - Radiografía de cráneo: Dudosa imagen de línea de fractura en región parietal derecha. - TAC craneal: Fractura hundimiento del área frontoparietal derecha, sin asociar hematoma epidural ni colecciones hemorrágicas intra o extraaxiales. - Hemograma y coagulación normales. **Procedimientos terapéuticos:** Se realiza derivación a urgencias y valoración por neurocirugía quienes realizan intervención quirúrgica consistente en trépano parietal derecho adyacente a la fractura con elevación de los fragmentos óseos con adecuada remodelación. Se realizó sutura reabsorbible intradérmica. Controles posteriores en consultas dentro de la normalidad. **Conclusiones:** Este caso presenta gran interés al ser una presentación atípica de los traumatismos craneales puesto que las fracturas hundimiento presentan una baja prevalencia ya que es necesario para que éstas se produzcan de un mecanismo importante. El conocimiento de este tipo de fracturas es importante para la realización de

las pruebas de imagen correspondientes que determinarán si el manejo es quirúrgico o conservador. Se realizará intervención siempre en los casos de hundimiento mayor de 1 cm o fractura abierta asociada. Sin embargo, en muchos casos suele realizarse por motivos estéticos.

P-019

EL CORDÓN UMBILICAL: DEL HOSPITAL AL DOMICILIO

Santos Miranda, E.¹; Suárez Casal, A.²; Vázquez Bendaña, A.M.³; García Freire, J.²; Sieira Pérez, C.².

¹Centro de Saúde de Vedra, Vedra, España; ²Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España;

³Centro de Saúde de Boqueixón, Boqueixón, España

Objeto de trabajo: El cordón umbilical es un órgano vital para la supervivencia intrauterina ya que es el encargado de establecer la comunicación materno-fetal. Poca es la relevancia que se le otorga al ombligo una vez realizados los cuidados iniciales, sin embargo, son muchos los riesgos a los que se ven expuestos los recién nacidos por causas relacionadas con el cordón umbilical y su incorrecto cuidado. **Objetivos:** Conocer la información recibida por los padres/madres de cara realizar la cura del cordón umbilical y las sensaciones de los cuidadores a la hora de realizar la cura. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, realizado a través de un cuestionario online estructurado, que interrogaba a padres/madres de niños/as nacidos a lo largo del 2021 sobre aspectos relacionados con la cura del cordón umbilical, información recibida y los sentimientos de cara a la realización de la cura. La muestra final la conformaron 33 pacientes. **Resultados:** Con respecto a la procedencia de la información que siguieron para realizar la cura del cordón umbilical, un 72,7% obtuvieron la información en el hospital, frente a un 12,1% que lo adquirieron en las clases preparto. Un 18,18% de los encuestados refieren información contradictoria entre profesionales sanitarios. Solo un 24,2% de los encuestados refirió sentirse seguro realizando la cura y el 75,8% refirió sentir miedo o inseguridad ante el momento de realizar la cura. **Conclusiones:** Se describió un alto nivel de inseguridad por parte de los cuidadores principales del recién nacido de cara a la realización de la cura del cordón umbilical y contradicción entre la información dada por los profesionales. Es preciso reforzar los protocolos de cuidados del cordón umbilical y ayudar a los cuidadores principales del neonato a sentirse seguros realizando la cura del mismo.

P-020

IMPACTO SOCIOSANITARIO DE LA PANDEMIA: VACUNACIÓN EN PACIENTES CON CRISIS DE BRONCOESPASMO

Premoli López, A.; Machí Castañer, I.; Jiménez Blanco, L.; Martínez Espinosa, G.; Pulido Esteban, R.; Garzón Cabrera, M.I.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: La pandemia SARS-Cov2 ha influido a nivel socio sanitario, afectando a los programas vacunales. **Objetivos:** Analizar la influencia de la pandemia en la vacunación en pacientes atendidos por crisis de broncoespasmo en urgencias de nuestro hospital. **Población y método:** Estudio de cohortes retrospectivo. Pacientes que consultaron por broncoespasmo en urgencias durante tres periodos: pre-pandemia (01/03/2019-29/02/2020), pandemia (1/03/2020-28/02/2021)

y post-pandemia (hasta 31/12/2021). Muestreo aleatorio simple estratificado con afijación proporcional según el número de niños que acudieron con dicha patología en cada periodo. Se recogió: sexo, edad, patología previa, vacunas de calendario autonómico, opcionales (meningococo b y rotavirus) y estado vacunal antigripal en pacientes con recomendación según el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Análisis estadístico: chi-2, t-student.

Resultados: Se registraron 2.872 consultas, seleccionándose aleatoriamente 311 pacientes: - Prepandemia: 165 casos. Edad media 2,55 años. 42,4% mujeres. El 44,8% recibieron rotavirus y meningococo b. El 52,7% presentaban patología previa con recomendación de vacunación antigripal, inmunizado el 16,1%. - Pandemia: 38 casos. Edad media 2,69 años. 42,1% mujeres. El 18,4% recibieron rotavirus y meningococo b. El 65,8% presentaban patología previa con recomendación de vacunación antigripal inmunizado el 8%. - Postpandemia: 108 casos. Media de edad 2,77 años. 31,7% mujeres. El 46,3% se inmunizaron frente a rotavirus y meningococo b. El 48,1% tenían patología previa, inmunizado el 17,3%. Sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la cobertura vacunal de meningococo b y rotavirus (p 0,001 y p 0,007). **Conclusiones:** La vacunación de meningococo b y rotavirus, de los niños atendidos por crisis de broncoespasmo en nuestra unidad, disminuyó durante la pandemia, probablemente debido al menor acceso a los centros de salud y aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas también se observó una tendencia a la disminución de la vacunación antigripal.

P-021

LAVADOS NASALES CON AGUA DE MAR. ¿EXISTE EVIDENCIA?

López Barea, I.¹; García Falcón, M.E.²; Molini Cabrera, L.²; Márquez Caballero, J.¹; Ortiz Cantero, E.¹; Coronel Rodríguez, C.³.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Ejercicio privado, Sevilla, España; ³Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Objeto del trabajo: Los lavados nasales son una recomendación ampliamente difundida en la práctica clínica para el alivio sintomático, especialmente en época epidémica de virus respiratorios. Aunque el suero salino fisiológico es la opción más económica, en el mercado existe una amplia gama de productos de agua de mar para este fin. ¿Existe evidencia para recomendar esta sobre aquel? **Material y métodos:** Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible en relación a los lavados nasales con soluciones salinas o agua de mar. **Resultados:** Según la bibliografía revisada, existen dificultades para extraer evidencia científica sólida respecto a los beneficios de los lavados nasales. Tanto el suero salino como el agua de mar parecen especialmente útiles para mejorar los síntomas, reducir la incidencia de complicaciones y disminuir el uso de otros medicamentos en las infecciones de tracto respiratorio superior. Igualmente, podrían tener su papel en el tratamiento de la rinitis alérgica en edad pediátrica. Con la evidencia científica actual no parece posible recomendar una solución (suero salino o agua de mar) sobre otra. **Conclusiones:** La proliferación de los productos de agua de mar en el mercado no se acompaña del crecimiento de la evidencia científica al respecto. Son necesarios más estudios y de mayor calidad científica para demostrar sus beneficios, así

como para justificar la preferencia de estos productos sobre el uso de suero salino convencional.

P-022

PROYECTO ELIKUME: EFECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN ESCUELAS INFANTILES SOBRE LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR Y SU ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Ciriza Barea, E.¹; Berasategui Zabalza, I.²; Medrano Echeverría, M.³; Goñi Yarnoz, A.⁴; Bustince Beorlegui, M.P.⁵; Ruiz Castellano, N.⁶; Álvarez García, J.¹; Zabalza Iturri, L.⁷; Mateos Torre, P.⁸.

¹CS Ansoain, Ansoain (Navarra), España; ²Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona, Pamplona (Navarra), España; ³Universidad Pública de Navarra, Pamplona (Navarra), España; ⁴CS Sarriguren, Sarriguren (Navarra), España; ⁵Atención Primaria, Pamplona (Navarra), España; ⁶CS Lodosa, Lodosa (Navarra), España; ⁷Analista. Independiente, Pamplona (Navarra), España; ⁸Hospital Universitario Navarra, Pamplona (Navarra), España

Introducción: La obesidad infantil se ha convertido en una epidemia en el siglo XXI. Revertir esta tendencia es una prioridad para la OMS y la escuela infantil nos ofrece un entorno ideal para instaurar hábitos saludables desde la infancia precoz. La comida forma parte del proyecto educativo de las escuelas infantiles, donde se han instaurado menús saludables y sostenibles en sus comedores. Podemos aprovechar la gran implicación de las familias en esta etapa de la vida de sus hijos e hijas y su relación cercana con el centro escolar para implementar los conocimientos y las habilidades necesarias que ayuden a desarrollar hábitos saludables en toda la familia, también fuera de la escuela. Potencialmente este hecho contribuirá a reducir la tasa de sobrepeso y obesidad infantil y a mejorar la salud de nuestra sociedad. **Objetivo general:** Evaluar los efectos de una intervención educativa y nutricional familiar sobre los hábitos dietéticos y el estado nutricional de los/as niños/as que acuden a Escuelas Infantiles en las que se han implementado menús saludables y sostenibles. **Método:** En el estudio participarán niños/as de 18 a 36 meses que acuden a 12 escuelas infantiles que ya cuentan con menús saludables y sostenibles y en las que se va a evaluar la implementación de un programa educativo nutricional en formato online consistente en material divulgativo, vídeos, juegos interactivos, show-cooking y foro de consultas. Se evaluarán los hábitos dietéticos familiares antes y después de la intervención educativa mediante cuestionarios validados (KIDMED y Caregiver's Feeding Styles Questionnaire). Además, se analizará el estado nutricional y de aptitud física de todos los/as niños/as al reclutamiento y a los 5-6 años.

P-023

REACCIÓN ADVERSA A ANTIHISTAMÍNICO TÓPICO

Del Solar Rico, J.; García Matamoros, L.; Íñigo Gil, J.; Flores Méndez, B.; Romero Vázquez, L.; González Rodríguez, R.M.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Niña de 2 años sin antecedentes personales de interés que sufre varias picaduras de insecto hace 1 semana, en tórax y abdomen, descritas como pequeñas pápulas pruriginosas. Evolución estanca hasta el día de consulta, refiriendo empeoramiento brusco de las lesiones: aumento del tamaño, cambio en la coloración y sensación de prurito. En la familia, otros miembros presentan lesiones compatibles con picaduras

de araña. Afebril en todo momento. No otra sintomatología, digestiva ni respiratoria. Incidiendo en la anamnesis, los padres comentan como único tratamiento crema de antihistamínico administrada en últimas 24 horas, solo en algunas lesiones.

Exploración clínica: Se observan varias lesiones en tórax y abdomen, eritematosas, de 2-3 cm de diámetro, con pápula central clara, compatibles con habones, que asocian puerta de entrada y leve liquenificación. Signos de rascado evidentes. Las lesiones en las que no se ha administrado antihistamínico se presentan como pequeñas pápulas de menor tamaño, con puerta de entrada evidente y sin signos inflamatorios asociados. Constantes en rango. Resto de la exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Consideramos la relación de causalidad entre el antihistamínico tópico administrado y el empeoramiento de las lesiones, orientando el caso como reacción adversa al medicamento: las lesiones han empeorado únicamente en zonas expuestas al antihistamínico, tras horas de la administración y sin otra causa evidente. Las lesiones no expuestas no presentan cambios. Se retira el antihistamínico tópico, iniciando tratamiento oral con dexclorfeniramina. **Conclusiones:** El uso racional de medicamentos es una responsabilidad compartida entre la administración sanitaria, los profesionales y la población. La administración de antihistamínicos tópicos en reacciones de hipersensibilidad, picadura y prurito es una práctica muy extendida. Sin embargo, se considera poco eficaz y puede producir reacciones de hipersensibilidad cutánea, fotosensibilidad y sensibilidad cruzada con otros antihistamínicos. Su uso en niños está desaconsejado.

P-024

A PROPÓSITO DE UN CASO: ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA EN LACTANTE

Fernández Smersu, N.; Martín Fernández, R.; Pascual Moreno, P.; Chamorro Vera, A.; Ulecia Cantero, R.; Gallego Cortés, J.; Martínez García, A.; Macías López, N.; Begines Tirado, M.; Gutiérrez Agujetas, M. - Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Lactante de 13 meses sin antecedentes de interés, que ingresa por reacción cutánea generalizada de 48 horas de evolución. Describen inicialmente lesiones peribucles tipo vesículas con progresión a afectación bucal generalizada y otras partes del cuerpo, heridas superficiales y costras. Enrojecimiento cutáneo generalizado de inicio brusco de 24 horas de evolución con secreción conjuntival y edema palpebral. No prurito ni edemas. Irritabilidad. Afebril. **Exploración clínica:** Regular estado general. Eritrodermia generalizada, rasposa, caliente, dolorosa al tacto. No edemas en dorso de manos ni pies. No afectación palmo-plantar ni descamación periungueal. Lesiones cutáneas semicirculares en ambos brazos tipo ampollas junto con costras melicéricas en cuello, genitales y región perioral, algunas con heridas superficiales. Signo Nikolsky positivo. Edema de mucosa bucal. Secreción conjuntival amarillenta bilateral con edema de ambos párpados superiores. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea con leucocitosis sin neutrofilia y sin aumento de reactantes de fase aguda. Coagulación normal. Cultivo de frotis ocular y costra positivo para *Staphylococcus Aureus* sensible a Oxacilina y resistente a Clindamicina. Se inició antibioterapia intravenosa con Cloxacilina y Clindamicina, suspendiéndose esta última por resistencia

en antibiograma. Resolución progresiva del cuadro con buena evolución, con paso a antibioterapia oral hasta completar 8 días de tratamiento en domicilio. Recibió tratamiento tópico en las lesiones dérmicas, precisando fluidoterapia intravenosa durante el primer día ante intolerancia oral así como analgésicos. **Conclusiones:** El síndrome de piel escaldada estafilocócica es una entidad infrecuente caracterizada por la afectación de la piel como consecuencia de la inactivación de la desmogleína 1 ubicada en los queratinocitos por las toxinas exfoliativas A y B del *Staphylococcus aureus*, resultando en la esfacelación de la piel. Ante un paciente con eritrodermia generalizada se debe sospechar la posibilidad de este síndrome. Ante la sospecha clínica, es clave el inicio de antibioterapia precoz para evitar complicaciones asociadas.

P-025

BOTULISMO EN UN LACTANTE

Serrano Crespo, N.¹; Romero Fernández, M.²; Gómez-Pantoja González, L.³; López Carballo, P.³; Valle Barrio, V.³; López González, M.I.³; López Pacios, D.².

¹Centro de Salud de Bembibre, Bembibre (León), España;

²Real Fundación Hospital de la Reina, Ponferrada, España;

³Hospital el Bierzo, Ponferrada, España

Introducción: El botulismo del lactante (BL) es una enfermedad neuropática aguda causada por toxinas *Clostridium Botulinum* en el intestino del lactante. Afecta casi exclusivamente a menores de un año, pudiendo ser muy grave y provocar su fallecimiento. **Anamnesis:** Lactante de 5 meses, embarazo y parto controlados. Lactancia materna. Acude al centro de salud por disnea, febrícula, tos, moco y rechazo de tomas las últimas 24 horas. **Exploración clínica:** Tiraje subcostal, estridor, subcrepitantes basales y espiración alargada. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Iniciamos tratamiento con Salbutamol con cámara en domicilio. Ante la mala evolución es derivado al Hospital con diagnóstico de Bronquiolitis. Tras 24 horas, presenta hipotonía axial, sin sostén cefálico, ptosis palpebral, pupilas débiles reactivas, afebril, succión débil. Tóxicos en orina, coagulación, LCR, cultivo exudado faríngeo, PCR virus y hemocultivos: negativos. TAC sin contraste, EEG, ECG normales. Rx de tórax: engrosamiento bronquial bilateral. Inicio de condensación en lóbulo medio. Oxígeno en gafas nasales, nebulizaciones con suero hipertónico y amoxiclavulánico y aciclovir IV. Sin mejoría se traslada a UCI pediátrica con diagnóstico de Bronquitis e Hipotonía. Revisando anamnesis se valora posible contacto accidental con miel. Analíticas de sangre, orina, heces, LCR y PCR neurotoxinas B *Clostridium Botulinum*, confirmándose el diagnóstico a los 16 días del comienzo. Se administra inmunoglobulina antibotulínica (BabyBIG). Evolución favorable sin efectos adversos. Alta con diagnóstico de BL (neurotoxina B) y Neumonía por aspiración. **Conclusiones:** El BL, infección potencialmente mortal que causa debilidad muscular, se ha relacionado con la ingesta de miel en países europeos. El diagnóstico diferencial incluye sepsis, meningitis, S. de Guillain Barré, miastenia gravis, metabolopatías, miopatías. El diagnóstico se basa en historia clínica, examen físico, pruebas complementarias y de confirmación (neurotoxinas en heces o aislamiento de microorganismos productores de toxinas). El tratamiento,

inicialmente de soporte, con inmunoglobulina humana específica, debe iniciarse lo antes posible.

P-026

CELULITIS EN DEDO DEL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Macías García, M.; Tomás Quesada, Á.; Buzón Pérez, M.G.;
Medina Bethencourt, M.; Lanero Olivencia, B.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 17 meses, sin antecedentes de interés, comienza con molestias en el quinto dedo del pie a la colocación del calzado. A las 48 horas aprecian coloración violácea, inflamación y eritema del dedo con aparición de dolor, acuden a su Centro de Salud donde prescriben tratamiento tópico con Mupirocina. Ante empeoramiento de la sintomatología clínica acuden al Servicio de Urgencias diagnosticándose de celulitis e iniciando Amoxicilina-clavulánico vía oral. A las 24 horas presenta empeoramiento con dolor más intenso y extensión de la lesión, aparición de fiebre hasta 39°C y se decide ingreso para antibioterapia intravenosa. Durante su estancia en planta, ante empeoramiento del aspecto de la lesión se diagnostica de celulitis con absceso y se contacta con traumatología para drenaje. **Exploración:** Tumefacción de 5º dedo de pie izquierdo, con coloración violácea/negruzca en región ungueal y apical, fluctuante, resto de coloración eritematosa que se extiende hasta dorso del pie, aumento de temperatura local, buena perfusión. Muy doloroso a la manipulación. **Pruebas complementarias:** Analítica sanguínea: Leucocitosis con neutrofilia. PCR 51,74 mg/l. Hemocultivo: negativo. Cultivo aspiración absceso: *Staphylococcus aureus*. Prueba rápida resistencia a Meticilina: Negativa Radiografía: Sin hallazgos. Resonancia previa al alta: alteraciones en relación con celulitis del 5º dedo del pie izquierdo. No se aprecian signos de osteomielitis. Se cambia a cloxacilina intravenosa y tras 7 días de tratamiento se normalizan valores analíticos y mejora la lesión. Alta con antibioterapia oral (Cefadroxilo a 30 mg/kg) 3 días más y curas locales con ácido fusídico. **Conclusión:** El diagnóstico de la celulitis infecciosa es clínico, aunque se recomienda estudio microbiológico en los casos de mala evolución clínica o que presenten factores de riesgo. Debe recomendarse tratamiento antibiótico sistémico con cobertura frente a *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. En casos leves y bajo estricta vigilancia, puede considerarse la vía oral.

P-027

COLONIZACIÓN POR *AEROMONA CAVIAE* EN UN LACTANTE

Íñigo Gil, J.; Flores Méndez, B.; Cantos Masa, P.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de 1 mes y 15 días sin antecedentes perinatales ni personales de interés que es derivada al Servicio de Urgencias desde Atención Primaria por aumento del número de deposiciones, de consistencia líquida y con restos patológicos (inicialmente hebras sanguinolientas, limitadas hace dos días, y posteriormente mucosidad, que aún persiste) de diez días de evolución. Presenta diuresis normocolúricas. No presenta rechazo de las tomas, manteniendo una ganancia ponderal adecuada. Afebril en todo momento, sin presentar otra sintomatología. El ambiente epidemiológico es negativo.

Exploración física: Constantes vitales en rango y la exploración por sistemas y aparatos normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Una semana antes de la consulta se había recogido un coprocultivo en su Centro de Salud, donde se aisló *Aeromonas caviae*. Igualmente, en ese momento inició prueba terapéutica con una fórmula hidrolizada, sin mejoría clínica. Al considerar al paciente como paciente de riesgo por su edad, se decide iniciar tratamiento antibiótico con sulfametoxazol-trimetoprima durante 5 días, presentando una evolución favorable y resolución del cuadro a las 72 horas. **Conclusiones:** La incidencia de GEA por *Aeromonas spp* se ha incrementado en las últimas décadas. Dentro de este género, *Aeromonas caviae*, presente en ambientes acuáticos naturales y clorados, es la especie más prevalente en menores de 5 años, especialmente en el periodo estival. Aunque su forma de presentación habitualmente es en forma de brotes epidémicos de GEA, no siempre el aislamiento de este patógeno tiene un valor clínico, pudiéndose encontrar en algunas regiones de climas cálidos población pediátrica como portadores sanos. Por otra parte, es frecuente encontrar coinfección con otros microorganismos diarreogénicos. Por todo ello, se debe valorar su aislamiento dentro del contexto clínico y valorar la patogenicidad en casa caso, resultando el tratamiento sintomático, y reservándose la antibioterapia para pacientes seleccionados como cuadros graves, inmunodepresión o bacteriemia.

P-028

¿CONSECUENCIA O CASUALIDAD?

De Pablo García, M.; Sanz Rueda, L.; González Calderón, O.;
González González, M.M.; Jiménez Domínguez, A.; Mosquera
Froufe, M. - Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Lactante de 12 meses que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) de nuestro hospital por dolor e impotencia funcional para la deambulación de una semana de evolución. Su padre refiere también que presenta fiebre elevada (máximo 39°C). Paciente positivo COVID-19. **Exploración clínica:** Presenta llanto inconsolable con la movilización pasiva de ambos miembros inferiores, manifestando una posición basal antiálgica en semiflexión y abducción de ambas rodillas en decúbito supino. No mantiene la bipedestación; con ayuda de su padre, apoya el pie derecho, no así el izquierdo, el cual soporta en posición de flexión plantar. No se observan zonas de tumefacción, eritema ni heridas externas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En el SUP se realiza: - radiografía simple de cadera y ecografía abdominopélvica: sin alteraciones. - Pruebas bioquímicas y hemograma: proteína C reactiva de 10 mg/dL; resto de valores en rango de normalidad. - Hemocultivo: negativo. Ante la sospecha de coxalgia secundaria a osteomielitis de cadera se ingresa al paciente y se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y cloxacilina. Se solicitan: - Pruebas serológicas: IgM e IgG positivas para Citomegalovirus (confirmado mediante prueba PCR positiva en orina) e IgM positiva para Parvovirus B19. - Interferon Gamma Release Assays: negative. - Gammagrafía ósea: incremento de la actividad del trazador en hueso iliaco izquierdo en angiogramagrafía, pool vascular y óseo, compatible con osteomielitis. Se completa con estudio RMN: hiperintensidad compatible con cambios edematosos e inflamatorios. - Inmunoglobulinas y estudio de complemento: en rango de normalidad. **Conclu-**

siones: La causa más frecuente de osteomielitis es la infección bacteriana. No está determinado el papel de las infecciones víricas en su patogenia. En nuestro caso, no está esclarecido si han contribuido a la enfermedad o si sólo han coincidido en el tiempo con ésta. No hemos encontrado otros casos similares reportados.

P-029

LA PRUEBA DE TUBERCULINA COMO PARTE DEL ESTUDIO DEL NIÑO INMIGRANTE: ¿AMIGO O ENEMIGO?

González Rodríguez, R.M.; Benítez Fernández, I.; García Matamoros, L.; Sánchez Díaz, C.; Romero Vázquez, L.; Flores Méndez, B. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

La Enfermedad Pulmonar Tuberculosa es prevalente en países en vías de desarrollo y de declaración obligatoria en nuestro medio. Por ello, en el protocolo de Atención al Niño Inmigrante (PANI) la realización de la prueba de tuberculina (mantoux) es altamente recomendable. Presentamos el caso de una niña de 4 años procedente de Venezuela correctamente vacunada, incluyendo una dosis de vacuna de Bacilo Calmette Guérin (BCG) al nacer. Como antecedente de interés fue prematura extrema con hemorragia intraventricular y Epilepsia en tratamiento hasta el año de vida. Actualmente, presenta secuelas motoras y estrabismo. En el estudio inicial a su llegada a España se realiza analítica sanguínea básica, perfil férrico, serología, parásitos en heces y mantoux. Todos los resultados fueron normales, salvo el mantoux con una induración de 15 mm a las 72 horas. Ante dicho hallazgo, rehistoriamos a la paciente y su familia y nos comenta que presentó un cuadro febril de 10 días de duración con imagen compatible con neumonía paracardial derecha 2 meses previos con adecuada respuesta a amoxicilina. Posteriormente ha presentado episodios autolimitados de tos y mucosidad sin fiebre. No sudoración, síntomas digestivos ni pérdida de peso. Niega convivientes tosedores en domicilio. Ante la probabilidad de Tuberculosis Pulmonar, solicitamos una nueva radiografía de tórax con hallazgo de condensación alveolar en lóbulo superior izquierdo compatible con Enfermedad Tuberculosa Pulmonar. Contactamos con Infectología Pediátrica y programa ingreso para recogida de muestras de cultivo y PCR junto con el inicio de tratamiento antituberculoso. El paciente inmigrante precisa una atención especial por diversos motivos: barrera idiomática, integración social, escasos programas de salud previos y enfermedades diferentes. El antecedente de vacunación BCG puede ser un factor de confusión en cuanto a probabilidad de enfermedad tuberculosa. Es muy importante una anamnesis dirigida junto con la realización de radiografía de tórax para realizar diagnóstico definitivo.

P-030

MUCOSITIS Y LIMITACIÓN DE LA INGESTA

Fernández, T.; Muñoz, M.A.; Melgar, V.; Villegas, C.; García, L.; Casimiro, D.; Jurado, M.; Jiménez, J.
Hospital La Moraleja, Madrid, España

Anamnesis: Adolescente mujer de 14 años que acude a Urgencias derivada por su Pediatra, por lesiones en labios de una semana de evolución que han empeorado progresivamente hasta limitarle la ingesta asociando malestar general. Fiebre

máxima de 38°C. No cuadro catarral. **Antecedentes personales:** tratamiento con Isotretinoína desde hace 1 mes. **Exploración física:** Estomatitis con úlceras confluentes y costras que afectan a la totalidad de la mucosa oral y zona perioral que le impiden abrir la boca. Resto exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica con hemograma y bioquímica con datos rigurosamente normales, salvo PCR 19,81 mg/L. Serologías herpes simplex 1 y 2 IgG e IgM negativos, Varicela zoster IgG positivo e IgM negativo, *Mycoplasma pneumoniae* IgM positiva e IgG negativa. Durante su ingreso se suspende isotretinoína y se instaura tratamiento de soporte con fluidoterapia y analgesia; así como tratamiento tópico con fomentos de sulfato de zinc 1/1000 y mupirocina y sistémico con amoxicilina-clavulánico y metilprednisolona, con mejoría progresiva. Al alta se mantienen antibioterapia oral y tópica durante 1 semana, con resolución completa del cuadro. Tras 6 semanas se reanuda tratamiento con isotretinoína sin reaparición de clínica por lo que nos descarta reacción a fármacos. **Conclusiones:** El exantema mucocutáneo inducido por *Mycoplasma pneumoniae* (MIRM) es una de las manifestaciones extrapulmonares de la infección por *Mycoplasma pneumoniae* más recientemente descritas; suele presentar pródromos de fiebre, tos y malestar general que preceden a las manifestaciones mucocutáneas. Existe afectación predominante de mucosas, mayoritariamente oral (94-100%), seguida de la ocular (82-92%) y genital (63-78%), escasa afectación cutánea y buen pronóstico. Suele afectar a pacientes jóvenes. El tratamiento no está bien definido, se ha utilizado tratamiento sintomático, glucocorticoides y macrólidos. Los antibióticos se deben reservar para sospecha de sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas como en nuestro caso.

P-031

POR SUERTE... ERA ERITEMA MULTIFORME

Guzmán Vizcaíno, M.M.; Sánchez Gutiérrez, M.M.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Escolar de 7 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consulta por fiebre de hasta 40°C de 6 días de evolución. Se programan citas en consulta. Al tercer día inicia exantema eritematoso no pruriginoso y odinofagia, intensificándose 24 horas previas al ingreso. A la exploración, triángulo de evaluación pediátrica alterado por apariencia. Labios eritematosos, sin fisuras ni afectación yugal. Lesiones cutáneas eritematovioláceas de predominio en raíz de muslos, más intensas y agrupadas que días previos, afectan palmas y plantas y blanquean a la presión. Párpados y conjuntivas eritematosas, sin exudado. Adenopatías cervicales reactivas, acompañadas de exudado amigdalario grisáceo bilateral. El tercer día de fiebre inicia tratamiento empírico con amoxicilina (50 mg/kg/día) sin mejoría. Al quinto día se realiza analítica, destacando hipertransaminemia, elevación de proteína C reactiva, y desviación de fórmula leucocitaria hacia la izquierda. Serologías Epstein Barr y Citomegalovirus IgG positiva e IgM negativa. Streptotest negativo. Dado el empeoramiento progresivo se deriva a centro hospitalario de referencia, en el cuál, ante hipotensión mantenida (80/40 mmHg) y taquicardia, se pauta inmunoglobulina (1 g/kg/día 2 dosis), corticoterapia (2 mg/kg/día con pauta descendente) y noradrenalina (0,2 mcg/kg/min que se desciende y retira a las 48 horas). Se amplían serologías destacando

Mycoplasma pneumoniae IgG e IgM indeterminados. Permanece en UCIP y planta de hospitalización cinco días, con mejoría clínica y analítica que permite alta con diagnóstico de ERITEMA MULTIFORME MINOR con afectación multisistémica secundario a *Mycoplasma pneumoniae*. Como conclusiones, el eritema multiforme es una entidad inflamatoria que puede afectar a piel, mucosa o ambas. Se caracteriza por inicio agudo de los síntomas y se divide en “mayor” o “menor” según la presencia o ausencia de afectación de las mucosas, respectivamente. Las infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* pueden ser causantes. La importancia de este caso es hacer diagnóstico diferencial y anticiparse a posibles complicaciones.

P-032

PREFERENCIAS SOCIALES EN LA VACUNACIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA CAUSADA POR *NEISSERIA MENINGITIDIS* SEROGRUPO B EN ESPAÑA

Martinón-Torres, F.¹; Gil De Miguel, Á.²; Ruiz-Contreras, J.³; Vallejo-Aparicio, L.A.⁴; García, A.⁴; Gabás-Rivera, C.⁵;

Comellas, M.⁵. - ¹Departamento de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (SERGAS), A Coruña, España;

²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España; ³Departamento de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; ⁴GSK, S.A., Tres Cantos (Madrid), España;

⁵Outcomes'10, Castellón, España

Objetivo: La vacunación es la estrategia más efectiva para prevenir la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo B (MenB), pero sin un Programa Nacional de Inmunización (PNI), se necesita sopesar el riesgo-beneficio y el impacto financiero privado de inmunizar a los niños/as frente al MenB. El objetivo fue explorar las preferencias de la sociedad (padres y pediatras) respecto a las características de una vacuna frente al MenB. **Métodos:** Se realizó un experimento de elección discreta (EED) para determinar las preferencias. Una revisión de la literatura y un comité científico determinaron las seis características de la vacuna consideradas: edad de vacunación, coste, duración y %protección, eventos adversos y recomendación de expertos/autoridades. Los datos se analizaron mediante un modelo logit mixto. Se calculó la importancia relativa (IR) de las características y se comparó entre padres y pediatras. **Resultados:** Respondieron al EED 278 padres (55,8% mujeres, edad media 40,4 años [Desviación Estándar (DE): 7,3]) y 200 pediatras (73,0% mujeres, edad media 45,8 años [DE: 12,9]). Los padres atribuyeron mayor IR al coste, la recomendación y el %protección (26,4%, 26,1% y 22,9%, respectivamente), y los pediatras al %protección, la recomendación y la edad (27,2%, 23,7% y 22,6%, respectivamente). Existieron diferencias significativas entre padres y pediatras en la IR asignada a todas las características ($p < 0,001$), excepto a la recomendación. **Conclusiones:** En la decisión de vacunación frente al MenB, el coste fue la característica más valorada por los padres, pero tuvo baja IR para los pediatras, mientras que la edad de vacunación fue muy valorada por los pediatras pero fue menos importante para los padres. La recomendación de expertos/autoridades y el %protección fueron esenciales para ambos grupos. Estos resultados pueden contribuir a la toma de decisiones compartidas sobre la vacunación de MenB y la importancia de las preferencias sociales para su inclusión en el PNI.

P-033

TÍBOLA O DEBONEL; A PROPÓSITO DE UN CASO

De La Calle Tejerina, P.; García D'uggiero, P.; Vidal Díaz, J.M.; Acosta Fernández, X.E. - CS Torres de la Alameda, Madrid, España

Anamnesis: Niño de 7 años de edad. Refiere haber montado a caballo en una hípica 8 días antes. Niega antecedentes de picadura conocida. Acude por lesión eritemato-vesiculosa de 1 cm de diámetro de dos días de evolución en cuero cabelludo en zona occipital derecha, y adenopatía ipsilaterales de 1 cm. Se pauta tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico y antiinflamatorios. A los dos días consulta de nuevo por fiebre de 39,5°C, aumento del tamaño de las adenopatías y empeoramiento del estado general. **Exploración física:** Placa de morfología anular de aproximadamente 1,5 cm de diámetro en región occipital derecha, con superficie grisácea junto con ligero exudado melicérico y halo eritematoso perilesional. Asocia adenopatías retroauriculares, de consistencia fibroelástica, ligeramente induradas y muy dolorosas a la palpación. No otros datos de interés en la exploración. **Analítica:** Hemograma y bioquímica normal. **Evolución:** Sospecha de enfermedad por garrapata, se comienza tratamiento con doxiciclina 5 días. A los 3 días ha desaparecido la fiebre persistiendo la escara negra y las adenopatías. Comienza con exantema maculopapuloso en tronco y cara, no pruriginoso. Se completa tratamiento con azitromicina 5 días más. Se confirma serología positiva para *Rickettsia slovaca*. La evolución del paciente es favorable con resolución completa. **Discusión:** La infección por rickettsiosis *R. slovaca* se encuentra en aumento en nuestro medio, en especial tras contacto con caballos. Consideramos importante pensar en esta entidad realizando un diagnóstico diferencial con fiebre botonosa mediterránea. El tratamiento de elección es la doxiciclina pero la azitromicina es una buena alternativa en niños menores de 8 años por el riesgo de afectación del esmalte dental. No existen ensayos clínicos de la duración del tratamiento. La posibilidad de efectos secundarios de la doxiciclina en ciclos cortos es mucho menor por lo que se podría plantear en casos de Tíbola ciclos cortos de doxiciclina o una terapia combinada.

P-035

HEMATEMESIS COMO DEBUT DE FIBROSIS HEPÁTICA CONGÉNITA

Sierra Capitán, P.¹; Martínez Prieto, F.¹; García Díaz, F.J.¹; Capitán Guarnizo, M.R.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Anamnesis y exploración: Paciente de 5 años que consulta en urgencias por cuadro febril de 24h de evolución y vómitos de contenido hemático. No antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploración se palpa esplenomegalia de 3 traveses. En analítica al ingreso destaca descenso de las tres series celulares, junto con mínima alteración de la coagulación. Enzimas hepáticas normales y reactantes de fase aguda aumentados. Ante estos hallazgos se administra dosis de vitamina K, se inicia antibioterapia e ingresa en observación, donde presenta hematemesis franca con coágulos y anemia progresiva. **Procedimientos diagnósticos:** Se decide realizar endoscopia digestiva alta de forma urgente, donde se observan varices esofágicas grado III. Se inicia perfusión continua de octreótido y omeprazol. La paciente se mantiene estable, con aceptable estado

general y no vuelve a presentar nuevos episodios de vómitos. Se realizó también ecografía de abdomen donde destaca hígado de apariencia tosca y esplenomegalia leve como signo de hipertensión portal. No se aprecia signos de trombosis portal. Durante su ingreso se realiza AngioTAC sin objetivarse signos de cavernomatosis. Se aprecia ascitis de distribución difusa junto esplenomegalia con signos de hipertensión portal. Como última prueba complementaria, se realizó estudio de biopsia hepática que resultó compatible con fibrosis hepática congénita. **Conclusiones:** La fibrosis hepática congénita se trata de una enfermedad poco frecuente. Presenta herencia autosómica recesiva y en la mayoría de las ocasiones está relacionada con la poliquistosis renal autosómica recesiva. Se manifiesta con hipertensión portal y puede asociarse a múltiples defectos congénitos. No se asocia con significativa inflamación hepatobiliar o disfunción hepática marcada. Habitualmente, las enzimas hepáticas y perfil de coagulación permanecen dentro del rango normal. Por lo tanto, una ecografía hepática normal y unos parámetros bioquímicos normales no excluyen esta enfermedad, siendo la biopsia hepática la prueba diagnóstica definitiva.

P-036

MASA ABDOMINAL EN LACTANTE CON VÓMITOS: UN DIAGNÓSTICO A PENSAR

Martínez García, A.; García Cuesta, P.J.; Macías López, N.; Begines Tirado, M.; Ulecia Cantero, R.; Gallego Cortés, F.J.; Chamorro Vera, A.; Fernández Smersu, N.; Álvarez Mateos, M.C.; Ayuso Velasco, R.
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Lactante de 17 meses con antecedentes personales de dos hernias epigástricas intervenidas, herniotomía inguinal derecha y herniorrafia umbilical. Acude al servicio de urgencias por cuadro de vómitos alimenticios de 4 horas de evolución junto con bultoma periumbilical no doloroso de 48 horas de evolución. Tránsito e ingesta conservados, sin otros datos de interés. **Exploración clínica:** Abdomen distendido, timpánico, con ruidos hidroaéreos aumentados y una protrusión a nivel mesogástrico (secundaria a hernia ya conocida) junto a otra protrusión en flanco derecho, blanda, reducible, que aparece de forma intermitente. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sospecha de obstrucción intestinal, se canaliza vía periférica, se extrae analítica sanguínea (sin alteraciones) y se solicita radiografía de abdomen, apreciándose dilatación de arco colónico con distensión gástrica y silencio radiológico en mesogastrio, sin niveles hidroaéreos. Se solicita ecografía abdominal, observándose una lesión quística intraabdominal de gran tamaño con contenido anecoico, homogéneo, tabicada, no organodependiente, que sugiere como diagnóstico quiste mesentérico versus quiste de duplicación entérico. Ingreso hospitalario para completar estudio. Resonancia magnética: gran masa centroabdominal (126 × 78 × 117 mm) tabicada, de probable contenido mucinoso, contornos bien definidos y paredes finas, que desplaza colon transversal y páncreas. Se interviene quirúrgicamente, con evolución favorable. Anatomía patológica compatible con duplicación gástrica. **Conclusiones:** La duplicación gástrica es una entidad clínica poco frecuente en pediatría, que consiste en una formación quística o tubular localizada más frecuentemente en la región antropilórica. Suele presentarse en los primeros años de vida como masa y dolor abdominal,

aunque puede ser asintomática. Para el diagnóstico son útiles las pruebas de imagen, que permiten localizar la masa y demás estructuras. A pesar de su baja incidencia, es importante pensar en esta patología como diagnóstico diferencial ante pacientes con este cuadro clínico.

P-037

EFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL LACTANTE, FISIOLÓGICO O NO TANTO...

Urios Pastor, G.E.¹; Maragat Idarraga, Ú.²; Pérez Sabido, M.³; Andreu Vilarroig, A.¹. - ¹Hospital Universitario La Fe, Valencia, España; ²CS Serrera I, Valencia, España; ³CS Silla, Silla (Valencia), España

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) es un proceso fisiológico, autolimitado, que suele responder a tratamiento posicional. **Caso clínico:** Neonato varón con embarazo y perinatal sin incidencias. En la revisión de los 15 días se objetiva estancamiento ponderal, suplementándose con lactancia artificial tras revisar técnica de lactancia. En ocasiones "se arquea", presentando hipertonía y posición en opistótonos tras tomas en consulta con mucha avidez (Sandifer). Ante sospecha de RGE se inicia hidrolizado y medidas posturales, a pesar de lo cual persiste postura en opistótonos e irritabilidad, sin otra clínica, iniciándose omeprazol a 2 mg/kg. A los 3 meses, introducción progresiva de cereales sin proteína de vaca (PV), con menos clínica. Bronquiolitis a los 4 meses de vida, intensificándose la clínica, por lo que se adapta la dosis de omeprazol a los procesos intercurrentes. Beikost a los 6 meses bien tolerado. Desde digestivo se comprueba optimización del manejo por lo que hacen visados exclusivamente. Se realiza intento de fórmula de continuación con empeoramiento clínico, al igual que con fórmula de arroz. Actualmente está con fórmula elemental con buen desarrollo psicomotor, hitos del desarrollo acordes a su edad, vacunación completa y sin clínica acompañante. **Conclusiones:** - Hablamos de enfermedad por RGE (ERGE) cuando se acompaña de distintas complicaciones: esofagitis, malnutrición o fallo de medro, problemas respiratorios... - Los síntomas suelen iniciarse en la tercera semana de vida, y no son imprescindibles regurgitaciones o vómitos para el diagnóstico de RGE. - No retirar la LM, aunque sí en ocasiones eliminar de la dieta materna la proteína de la vaca. - Ante irritabilidad, llanto, opistótonos, Sandifer...: Omeprazol a 1-2 mg/kg/día, como protector en etapas precoces para prevenir la esofagitis. - La madurez del cardias y la introducción progresiva de la PV en la alimentación complementaria, siempre que lo tolere, son la base de la mejoría.

P-038

TROMBOPENIA Y ESPLENOMEGALIA ¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

Parra Arribas, N.; Vecchi Burastero, M.; Hurtado Mingo, Á.M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Objeto: La esplenomegalia y trombopenia asociado a hematemesis en los niños, nos plantea un diagnóstico diferencial, donde lo prioritario será la estabilización inicial del paciente y el inicio precoz de tratamiento. **Material y métodos:** Presentamos dos casos clínicos, que debutaron con esplenomegalia y trombopenia en contexto de un cuadro de hematemesis (Tabla I):

Tabla I		
Paciente	A	B
Presentación	Niña, 4 años	
Antecedentes	CIA Linfopenia-trombopenia y esplenomegalia en estudio	Sin interés
Motivo consulta	Hematemesis	Hematemesis, fiebre y dolor abdominal
Constantes a su llegada	Estables	
Exploración física	Palidez cutánea, esplenomegalia, plexo hemorroidal ingurgitado	Esplenomegalia
Evolución en observación	Un episodio de hematemesis. Estable hemodinámicamente	Un episodio de hematemesis. Taquicardia 140 lpm
Evolutivo laboratorio	- Anemización hasta 7,2 g/dL - Plaquetopenia hasta 50.000/μL - Leucopenia - Coagulación: tiempos alargados - Urea: 58 mg/dL	- Anemización hasta 7,6 g/dL - Plaquetopenia hasta 50.000/μL - Leucocitos: de 4.170/μL a 2.200/μL - Coagulación: tiempos alargados - Urea: 56 mg/dL
Tratamiento	1. Resucitación volumétrica 2. Concentrado de hematíes y plaquetas 3. Octreótide 4. Omeprazol	- Concentrado de hematíes y plaquetas - Vitamina K - Ácido tranexámico - Octreótide - Omeprazol
Pruebas imagen	Endoscopia digestiva alta	
	Varices esofágicas y fúndicas, puntos predictivos de sangrado reciente, gastritis hipertensiva.	Varices esofágicas
	Ecografía abdominal	
	Esplenomegalia	Hígado de apariencia tosca que sugiere hepatopatía
	Angio-TC abdomen	
	Cavernomatosis portal por trombosis portal intra y extrahepática	

Resultados y conclusiones: El hallazgo de trombopenia y esplenomegalia, signos sugestivos de hipertensión portal, en un paciente con hemorragia digestiva alta, debe hacernos sospechar la presencia de varices esofágicas. Si existe sangrado activo, se trata de una emergencia vital, en la cual es prioritaria la estabilización inicial del paciente con volumen, y

el inicio de tratamiento con IBP, octreótide, transfusiones si precisa y realizar una endoscopia digestiva alta en la mayor brevedad posible, para diagnóstico y posible tratamiento endoscópico.

P-039

COLURIA Y SOSPECHA DE ENFERMEDAD METABÓLICA ¿CAUSA O CONSECUENCIA?

Márquez Caballero, J.¹; Mimbreno, V.²; Sánchez De Puerta, C.¹; López Barea, I.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Lactante de 4 meses que consulta por deterioro del estado general con palidez cutánea y rechazo de las tomas además de fiebre de 5 días. Previamente sana, padres consanguíneos. Mal estado general, irritable, relleno capilar alargado, fontanela abombada, se realiza analítica completa donde destaca anemia de 6,2 g/dl, plaquetopenia de 80.000 con aumento de transaminasas y bilirrubina e hiperferritinemia, coombs directo negativo. Ante la sospecha de síndrome hemofagocítico se realiza aspirado de medula ósea y punción lumbar para diagnóstico de síndrome primario vs secundario, serologías y se instaura tratamiento con coencimas y riboflavina. Se administra cefotaxima a dosis meníngeas en espera de cultivos, se transfunde plaquetas y hematíes, tratamiento con corticoides. A las 48 horas aunque existe ligera mejoría del estado general pero continua febril, aparece coluria llamativa, sedimento sin alteraciones, no microorganismos. Se revisa tratamiento y la riboflavina estaba prescrita al doble de la dosis, tiene efecto secundario de coluria, se baja la dosis y tras 72 horas desaparece la coluria. La afectación del estado general en un lactante menor de 3 meses debe hacernos pensar en una infección como causa más común y será indispensable extraer cultivos e instaurar tratamiento antibiótico de forma precoz, si bien puede haber ciertos hallazgos en las pruebas complementarias que nos sugieran otras entidades como en este caso. Existen tratamientos de uso infrecuente en pediatría como la riboflavina que pueden producir coluria y los cuales debemos conocer, ya la causa del cuadro de síndrome hemofagocítico que sospechamos puede producir esta clínica por sí mismo.

P-040

CUANDO LO POCO FRECUENTE SE CONVIERTE EN REALIDAD

Roldán Montero, A.I.
Médica de familia. Centro de Salud de San Bartolomé, Lanzarote, España

Anamnesis: Varón de 12 años que acude a consulta de Atención Primaria por proceso febril de hasta 39,6°C de 7 días de evolución. Asocia odinofagia, sin otros síntomas digestivos ni miccionales. Refiere leve astenia y pérdida de peso de unos 3 kg en las últimas 8 semanas. Sus padres refieren que el proceso ha coincidido con la colocación de ortodoncia hace unos días, que además asocia la aparición de aftas labiales. **Exploración:** Peso 52,5 kg Talla 161 cm. Buen aspecto general. Febril. Bien hidratado y nutrido. No distrés. Buen relleno capilar. Pulsos normales. No exantema ni petequias. No se palpan adenopatías llamativas. Orofaringe hiperémica sin exudados. Aftas labios (¿por brackets?) y Afta en mucosa yugal izquierda de 1,5 × 1 cm. Otoscopia normal. Auscultación cardiopul-

monar: buena entrada de aire bilateral sin ruidos Petequias en tórax y espalda. No soplos. Abdomen blando y depresible. No doloroso. Hematomas en miembros inferiores, algunos en rodillas y otros en regiones menos habituales de traumatismo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante la persistencia de cuadro febril, se deriva a Urgencias hospitalarias donde se realiza estudio analítico concluyente con afectación de las tres series hematológicas y presencia de blastos en frotis. Se traslada a hospital de referencia para aspirado de médula ósea, el cual fue compatible con Leucemia mielóide aguda M3 promielocítica, con estudio de extensión negativo. Se inicia tratamiento de inducción con ácido transretinoico y trióxido de arsénico (actualmente en tratamiento) **Conclusiones:** Ante la persistencia de un cuadro febril, aunque se objetive foco, se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial los posibles, aunque poco frecuentes, procesos linfoproliferativos. Para lo cual, una adecuada anamnesis y exploración en Atención Primaria puede ser de gran utilidad con el fin de realizar una pronta derivación hospitalaria.

P-041

EL PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS HEMATOMAS EN LOCALIZACIONES NO HABITUALES

Pérez Sanz, T.; Iniesta González, S.; Pérez Suárez, R.; González Álvarez, L.; Aguilar Janita, B.; Gabarda, A.; Maragat Idarraga, Ú.
Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

Preescolar de 18 meses que acude a consulta de Atención Primaria por aparición reciente de hematomas. No antecedente de traumatismo. Presentó un episodio de epistaxis autolimitado. No refiere sangrado a otros niveles. No ha presentado fiebre. No pérdida de peso, astenia o decaimiento. Presenta un antecedente de cuadro catarral 2-3 semanas previas a la aparición de los hematomas. Se constata en la exploración la presencia de hematomas a nivel pretibial, en zona lumbar e ilíaca izquierda y en miembros, además de petequias en cara, brazos, tronco, extremidades y mucosa oral. En el centro de salud se comprueban constantes estables. Ante sospecha de PTI autoinmune versus síndrome linfoproliferativo se deriva al hospital. En el hospital ante la ausencia de etiología definida se realiza análisis sanguíneo. En el hemograma se objetiva una trombopenia de $2 \times 10^9/L$, confirmada en un frotis sin otros hallazgos. Las otras series son normales. La coagulación y los niveles de transaminasas, LDH, glucosa, urea y creatinina son normales. No hay elevación de reactantes de fase aguda. No presenta hematuria en el sedimento. Se realiza serología con resultado anodino e inmunoglobulinas que descartan inmunodeficiencia. Ante sospecha de trombopenia autoinmune con bajo recuento de plaquetas ingresa para administración de inmunoglobulina intravenosa, con recuperación hasta $41 \times 10^9/L$ plaquetas a las 48 horas. **Conclusiones:** La PTI es un diagnóstico de exclusión. El objetivo de este caso es recalcar la importancia del pediatra de Atención primaria en el diagnóstico diferencial de los hematomas en zonas no habituales. Es clave la toma de constantes y la realización de una correcta anamnesis, apoyada por el conocimiento previo de la familia para un buen diagnóstico diferencial entre diferentes (infecciones, síndromes proliferativos, maltrato...).

P-042

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Andrade Díaz, C.; Croché Santander, B.;
Medina Bethencourt, M.; Lanero Olivencia, B.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Varón de 9 años que consulta en Atención Primaria por astenia de dos meses de evolución. Como antecedentes destaca dermatitis atópica y un episodio de neumonía previo. Padre carcinoma testicular. Presenta clínica de 2 meses de evolución caracterizada por astenia, náuseas, apetito disminuido, pérdida de 4,5 kg de peso y queilitis atópica. No sudoración nocturna, fiebre, síntomas digestivos o hemorrágicos. **Exploración física:** Destaca eccema atópico en zonas de roce, queilitis angular y hematomas pretibiales en distintos estadios evolutivos. La auscultación revela soplo sistólico II/VI. Presenta adenopatías subcentimétricas en hueso axilar izquierdo, no mostrándolas en otras localizaciones. El resto de la exploración es normal, descartándose organomegalias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica objetivándose hemoglobina de 7,3 g/dl (normocítica normocrómica), leucopenia ($5.400/\mu L$, 1.100 neutrófilos) y 117.000 plaquetas. En la bioquímica destaca ácido úrico 7,4 mg/dL, siendo el resto normal. Se deriva a Urgencias hospitalarias donde se realiza: analítica (confirma valores), radiografía de tórax (normal), frotis de sangre periférica y pruebas cruzadas. El frotis describe intensa anisocitosis en serie roja con poiquilocitosis (esquistocitos y dacriocitos), *roleaux* eritrocitarios; 60% neutrófilos, la mayoría displásicos; 5% de blastos con relación núcleo/citoplasma elevada, y 5 eritroblastos por 100 células nucleadas. Se decide ingreso para transfusión de concentrado de hematíes y ampliación de estudio diagnóstico. Se realiza ecografía abdominal (normal) y aspirado de médula ósea. La citofluorometría muestra hallazgos compatibles con hemopatía, estableciéndose como posibilidades leucemia mielóide aguda pauciblastica y síndrome mielodisplásico anemia refractaria con exceso de blastos tipo II, confirmándose este último mediante hibridación in situ al no detectarse traslocación (8;21) ni inversión del cromosoma 16. Ha iniciado tratamiento con Mitoxantrona con buena tolerancia. **Conclusiones:** La presencia de astenia, pérdida de peso, hematomas en ausencia de traumatismo y citopenias sin proceso infeccioso intercurrente debe alertarnos sobre la posibilidad de que estemos ante un cuadro oncohematológico.

P-043

DILATACIÓN URETEROPIELOCALICIAL SECUNDARIA AL MATERIAL DE DEFLUX

Rivas Oural, A.; Crego Rodríguez, L.; Pisón Marcos, I.;
Oiz Urriza, I.; García Fernández, R.; Varela Pájaro, C.;
Company Arciniegas, L.C.; López Franco, M.M.; Gil Calvo, M.;
Urisarri Ruiz De Cortázar, A.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Paciente de 12 años que ingresa por fiebre, dolor lumbar izquierdo irradiado a fosa ilíaca izquierda y orina turbia. Como antecedentes personales, es monorreno izquierdo; intervenido de mielomeningocele, médula anclada y lipoma sacro en el primer año de vida; presenta vejiga neurógena y reflujo vesicoure-

teral secundarios (tratado con deflux y reimplantación ureteral); enfermedad renal crónica estadio II. En la exploración física destacaba una puño-percusión renal izquierda positiva y molestias a la palpación en fosa ilíaca izquierda. Durante el ingreso se realizan: hemograma, bioquímica plasmática, reactantes de fase aguda, hemocultivo, sedimento de orina, urocultivo, radiografía de abdomen y ecografía abdominal. Presentó leucocitos con neutrofilia; elevación de creatinina (máxima 1,36 mg/dl al 2º día ingreso, basal 1 mg/dl); elevación de reactantes de fase aguda; hemocultivo positivo para *E. coli* y *Enterococo faecalia*; urocultivo positivo para *E. coli*; dilatación ureteropielocalcial izquierda con pelvis renal de 4 cm y dudosa imagen hiperecogénica a nivel de meato ureteral izquierdo, sugestiva de litiasis. Se establece el juicio clínico de cólico nefrítico con dilatación de la vía urinaria secundaria a litiasis, pielonefritis aguda y daño renal agudo secundario. Se inició tratamiento antibiótico iv y se realiza litotricia extracorporea sin incidencias pero sin resolución de la dilatación. Tras finalización del tratamiento antibiótico, se constata descenso de la creatinina hasta su nivel basal. Se programa ecografía de control con persistencia de la imagen hiperecogénica. Se establece como posibilidad diagnóstica una calcificación del material de deflux y se realiza una ureteroscopia anterógrada exploradora donde se observa dicha calcificación extramural en el material del deflux. **Conclusión:** En pacientes con tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral, la presencia o el aumento de una dilatación ureteropielocalcial previa con imagen hiperecogénica en la unión ureterovesical, nos debe hacer pensar no solo en una litiasis, sino también en una posible calcificación del material de deflux.

P-044

HEMATURIA Y PROTEINURIA.

¿SE REALIZA UN CORRECTO MANEJO?

Palomino Fernández, L.; González Herrero, M.; Romero De La Rosa, I.; Antón Gamero, M.; Perea Quintana, A.I.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Objeto del trabajo: El hallazgo casual de hematuria y proteinuria en nuestras consultas, puede ser relativamente frecuente, así como que los familiares acudan por este motivo. Esto crea alarma en los padres, aunque en la mayoría de veces puede tratarse de una patología banal. No obstante, no es algo que debemos ignorar porque puede esconder patología nefrológica, urológica o sistémica importante. Es por esto, que realizamos este trabajo con el objeto de concienciar en el manejo adecuado de la hematuria y proteinuria en nuestras consultas. **Material y métodos:** Hemos realizado una revisión a través de Pubmed, Uptodate, Medline y Cochrane; así como; en principales asociaciones, guías, protocolos y libros de práctica clínica. **Resultados:** En general, toda la bibliografía coincide que el manejo cambia según si es microhematuria, que se puede hacer un estudio de forma ambulatoria para comprobar que es algo transitorio o relacionado a patología grave; de macroscópica en la que hay que diferenciar si va asociado a patología miccional o sistémica-renal; necesitando un estudio completo no diferido en el tiempo. Por otra parte, en cuanto a la proteinuria el manejo varía según la cuantificación de esta, ya que a menos cantidad es más probable que la presencia de proteínas en orina pueda ser un hecho benigno y/o transitorio, y a más cantidad o más prolongada en el tiempo puede ser un marcador precoz de una

enfermedad crónica. **Conclusiones:** Ante una consulta de hematuria o proteinuria, es fundamental un estudio completo iniciándose con una historia clínica detallada que incluya antecedentes personales y familiares; así como una exploración física y toma de constantes; seguido de unas exploraciones complementarias encaminadas según la historia y la gravedad. La derivación a nefrología pediátrica o a urgencias pediátricas para ingreso se hará según los factores de riesgo de patología grave.

P-045

NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL, MÁS ALLÁ DE LAS CAUSAS MEDICAMENTOSAS

Machí Castañer, I.; Sánchez López-Gay, J.; Vela Enríquez, F.; Ruíz Sánchez, A.M.; Baamonde Andrade, A.; Guzmán Vizcaíno, M.M.; Egea Giménez, M.L.; González De Prádena, B.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Adolescente varón de 14 años que ingresa por cuadro de daño renal en contexto de cuadro febril, vómitos, dolor abdominal, astenia y pérdida de peso de varias semanas de evolución. No refería enfermedades previas, ni ingresos. No analíticas previas que permitan conocer creatinina basal. Se evidencia un empeoramiento progresivo de la función renal con cifras máximas de creatinina de 2,71 mg/dL (FGe Schwartz 26 ml/min/1,73 m²). En la exploración física destaca palidez cutánea, ojeroso, labios resacos. No adenopatías patológicas. No hepatomegalia ni esplenomegalia. No edemas. Bien nutrido. Tensiones arteriales elevadas inicialmente. En analítica destaca además de la afectación renal una linfomonocitosis (5.050/μL linfocitos, 1.630/μL monocitos) con elevación de la VSG (70 mm/h) y elevación de transaminasas (GPT 1.18U/L). Se realiza ecografía abdominal, estudio inmunológico, estudio autoinmune (ANA, ANCA, C3, C4; antiRo, AntiLa; antiMBG; perfil tiroideo, serologías (VEB IgM -/IgG -; CMV IgM -/IgG +), catecolaminas en orina y marcadores tumorales todos con resultados normales. El estudio analítico de orina mostraba datos de tubulopatía proximal (glucosuria, fosfaturia, proteinuria de bajo peso molecular). Todo compatible con nefritis tubulointersticial. Se realiza manejo conservador del fracaso renal poliúrico según protocolo y dada la mala evolución se decide iniciar tres bolos de metilprednisolona y posteriormente prednisona a 1 mg/kg/día (máximo 60 mg/día). Tras los bolos de corticoides mejora la función renal con descenso de creatinina hasta 1,05 mg/dL (FGe 68 mL/min/1,73 m²), persisten datos de tubulopatía proximal, persistencia de linfomonocitosis y frotis sangre periférica con linfomonocitosis y linfocitos activados. Se repite serología a las dos semanas de la previa y se detecta IgM positiva a VEB con IgG negativa. La NTI debe entrar en el diagnóstico diferencial del daño renal agudo. Es importante investigar las causas más comunes (medicamentos e infecciones). Las infecciones pueden tener periodo ventana así que debemos plantearnos repetir serologías antes de tomar medidas más invasivas.

P-046

NÓDULO PULMONAR

Martín Valbuena, J.; Martín López-Pardo, B.M.; Escalona Gil, A.M.; Garrido Martín, M.; Hernández Pinchete, S.; Hernández Prieto, A.; Mosquera Froufe, M.; Pérez Báguena, M.P.; Sánchez Rodríguez, P.; Barajas Sánchez, M.V. - CAUSA, Salamanca, España

Anamnesis: Varón de 10 años originario de Honduras, con antecedentes personales de episodios de broncoespasmo hasta los 3 años y Dengue a los 4 años. Reside en España desde 2019. Acude a su pediatra por astenia. Refiere ser mal comedor. **Exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Exploración sin hallazgos patológicos salvo peso y talla en torno a -1,5 desviaciones estándar. Dentro del estudio se realiza analítica sanguínea con discreta hiperIgE y enzima convertidora de la angiotensina de 107U/L; Mantoux y Quantiferon negativo, radiografía de tórax: nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo y tomografía computarizada con nódulo parcialmente calcificado con cola pleural. Se realizan serologías, estudio fúngico y de infección tuberculosa siendo todos los resultados negativo. **Anamnesis:** Varón de 5 años originario de Venezuela sano y bien vacunado. Reside en un centro de acogida en España desde 2019. Acude a urgencias por un cuadro de tos de 5 días de evolución. **Exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Exploración completamente anodina. Se realiza una radiografía de tórax que muestra varios nódulos en pulmón derecho y uno en izquierdo. En la tomografía computarizada se describen tres nódulos pulmonares derechos con una adenopatía hilar calcificada y un nódulo pulmonar izquierdo, bien definidos y de bordes nítidos. Analítica sanguínea con leve eosinofilia, con Matoux, Quantiferon y serologías negativas. Se realiza tratamiento empírico con Albendazol sin clara mejoría. **Conclusiones:** En ambos casos se realiza el diagnóstico de nódulo pulmonar de etiología incierta, patología poco frecuente en Pediatría. Dada la ausencia de signos de malignidad en las pruebas radiológicas se decide realizar un seguimiento clínico, sin precisar otras pruebas complementarias para el diagnóstico.

P-047

UTILIDAD DE RESCATES CON INHALADOR DE DOSIS MEDIDA EN CRISIS DE BRONCOESPASMO AGUDO DURANTE ÉPOCA PANDÉMICA

Martín Latorre, M.M.; Jiménez Blanco, L.; Baeza Céspedes, C.; Rubí Ruiz, M.T.; Juárez Marruecos, P.; Jiménez Nogueira, E.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Objetivo: Valorar utilidad de rescates con inhalador de dosis medida (MDI) en Urgencias y domicilio en crisis de broncoespasmo agudo durante pandemia SARSCOV2. Comparación entre el uso de MDI antes y durante la época pandémica. **Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente historias de pacientes valorados por crisis de broncoespasmo en Urgencias Pediátricas de nuestro centro y que ingresaron entre enero de 2019 y diciembre de 2021. Se diferenciaron 3 periodos: prepandemia (hasta marzo de 2020), medidas restrictivas (abril de 2020-mayo de 2021) y medidas más laxas (desde junio de 2021). Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. Se realizó análisis descriptivo, bivalente (Chi-Cuadrado) y multivalente empleando software estadístico SPSS ($p < 0,05$). **Resultados:** Se incluyeron 193 pacientes. En 2019 tuvo lugar la mayoría de consultas e ingresos (37,8%), seguido de 2021 (35,8%) y de 2020 (26,4%). Se produjo un incremento estadísticamente significativo durante época pandémica en el número de rescates con MDI en domicilio (22,6% en primer periodo frente 41,38% del segundo) y en Urgencias (76,7% del primer periodo frente al 89,3% del segundo y 94,8% del tercero). Se apreciaron diferen-

cias estadísticamente significativas en el empleo en Urgencias de nebulizaciones (77,5% del primer periodo frente 50% del segundo) y de MDI (24,8% del primer periodo frente 85,7% del segundo). El incremento del uso de MDI no se reflejó en un aumento de ingresos. En el modelo de regresión logística binaria se corroboró un mayor uso de rescates en domicilio, de MDI en Urgencias y mayor presencia de tratamiento previo en ingresos durante pandemia. **Conclusiones:** Aerosolterapia en MDI constituye una alternativa efectiva frente a nebulizaciones en crisis de broncoespasmo en Pediatría; siendo esto de utilidad para consultas programadas y urgentes en Atención Primaria. Importancia de reforzar educación sanitaria en tratamiento del asma (uso de cámara e indicaciones de rescate) a pacientes y familiares.

P-048

CRISIS MOTORAS REPETIDAS EN CONTEXTO DE GASTROENTERITIS: ¿SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL O CRISIS AFEBRIL EN CONTEXTO INFECCIOSO?

Andrade Díaz, C.; Moreno Ortega, M.; Lanero Olivencia, B.; Medina Bethencourt, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 3 años que consulta por síndrome emético de 36 horas de evolución. Escasa tolerancia, no deposiciones diarreicas ni fiebre. Refieren dos episodios de flexión de brazo izquierdo y espasmos musculares mientras duerme. Gastroenteritis por Rotavirus en compañeros de guardería. Se administra Domperidona, y tras cese de vómitos se va a casa. Reconsulta por aumento de crisis, con duración inferior a un minuto, eversion ocular, distonía de miembros superiores y cuello, sin movimientos tónico-clónicos generalizados. Tras ello, llanto intenso de 3-5 minutos, despertando consciente, sin postcrítico. Antecedente materno de síndrome extrapiramidal en infancia. Ante los hallazgos descritos, se deriva a Urgencias hospitalarias de nuestro centro. **Exploración física:** Se realiza exploración física con ausencia de focalidad neurológica y deshidratación, resto normal. Tras crisis, presenta midriasis bilateral arreactiva a la luz y taquicardia. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sospecha de síndrome extrapiramidal secundario a antiemético, se administra biperideno, y ante ausencia de mejoría se solicita: analítica sanguínea, gasometría, drogas de abuso en orina, coprocultivo (no procede por heces caprinas) y TAC craneal, normales. Se realiza punción lumbar y en espera de resultados, recibe aciclovir intravenoso que se suspende tras film array negativo, bioquímica normal, con cultivos negativos. Ante clínica compatible con síndrome piramidal y para descartar como diagnóstico diferencial principal crisis epiléptica, se procede a ingreso. Desde ingreso, se mantiene afebril, sin vómitos ni nuevas crisis (tras total de 15). Se realiza electroencefalograma (normal). Ante la evolución y normalidad de pruebas complementarias, se establece como diagnóstico crisis de inicio focal motoras posiblemente secundarias a infección por Rotavirus (por presentación en racimos con clínica gastrointestinal asociada). **Conclusiones:** Ante un paciente sin antecedentes de epilepsia que presenta crisis en racimos con clínica gastrointestinal, debemos pensar en Rotavirus como posibilidad diagnóstica, que suele presentar buena evolución sin necesidad de tratamiento antiepiléptico.

P-049

ENCEFALITIS: LA GRAVEDAD DEL INFRADIAGNÓSTICO

Ureña Ruiz, P.; Campos, A.M.; Cadenas, A.S.; Palma, C.;
Martín, A.M.; García, P.

Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada, España

La encefalitis es una patología neurológica potencialmente grave de muy diversa etiología. Es importante destacar su complejo abordaje tanto diagnóstico como terapéutico, lo cual supone una intervención urgente y multidisciplinar. Presentamos a un paciente de 6 años que acude al servicio de urgencias derivado por su pediatra de AP por clínica de 48 horas de evolución de fiebre (hasta 39,7°), astenia y dolor abdominal generalizado; asocia un episodio de desconexión del medio, afasia y movimientos repetidos clónicos en miembro superior derecho de unos segundos de duración (con somnolencia posterior). Tras dos horas del episodio presenta un vómito, precedido de náuseas. En el servicio de urgencias se realiza electroencefalograma que informa de discreta lentificación difusa y presencia de brotes lentos temporo-parieto-occipitales izquierdos que se incrementan y difunden contralateralmente durante hiperventilación. Ante sospecha de encefalitis viral, se decide ingreso y se inicia tratamiento antiviral, antibiótico y anticonvulsivante. En el control analítico se aprecia elevación de reactantes de fase aguda y ligera leucocitos con desviación izquierda. En el estudio ampliado de virus respiratorios se detecta gripe A. Resto de estudios de laboratorio (hemocultivo, serologías y cultivo de líquido cefalorraquídeo) negativos. La resonancia magnética craneal fue normal. Finalmente, tras los resultados de las pruebas complementarias, se llega a la conclusión diagnóstica de crisis febriles focales en el contexto de infección por Gripe A. **Conclusión:** Es importante tener en cuenta el amplio diagnóstico diferencial de un paciente con fiebre y alteración del nivel de conciencia, ya que aunque en algunas ocasiones, como en este caso, pueden tener una significación benigna, en otras ocasiones, sin el tratamiento y la correcta sospecha diagnóstica, pueden tener un desenlace fatal.

P-050

ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA EN LA INFANCIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 11 PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Luque Aguilar, M.J.; López Lobato, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: La encefalomyelitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) que cursa con encefalopatía y lesiones cerebrales multifocales cuya etiología es autoinmune. La EMAD es una entidad rara con una incidencia, según series, de 0,2-0,4/100.000 niños por año. El objetivo es estimar la incidencia en nuestro medio en los últimos 10 años y analizar las características clínicas, analíticas y radiológicas, así como valorar la respuesta al tratamiento y posterior evolución. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EMAD en los últimos 10 años. Mediante historias clínicas se recogieron datos epidemiológicos, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento y evolución. Resultados: Se identificaron 11 pacientes. 7 hombres/4 mujeres. La edad media fue de 3,5 años. La clínica más frecuente fue la encefalopatía aguda, caracterizada por alteración de la marcha (ataxia), y fluctuación del nivel de conciencia.

El estudio bioquímico de LCR fue normal en todos los casos. En un caso encontramos positividad para bandas oligoclonales (BOC) y otro positividad a anticuerpos anti-MOG. En todos los casos, se objetivó mediante RMN afectación del SNC y en un solo caso, además, afectación medular. 8 de los casos (72,8%) se trataron con megabolos de corticoides, asociando además en 4 casos (36,4%) inmunoglobulinas intravenosas (IV). En todos los casos en los que se precisó corticoides IV, se continuó con una pauta descendente de corticoides orales. Todos los casos cursaron de forma monofásica. **Conclusiones:** El ADEM es una entidad de baja prevalencia en nuestra población, donde las pruebas radiológicas cobran gran importancia diagnóstica. Ante la sospecha de este cuadro es importante remitir para realización de neuroimagen cuanto antes e instaurar tratamiento.

P-051

EPILEPSIA, MICROCEFALIA Y MALFORMACIONES CAPILARES. CUANDO LA GENÉTICA COBRA IMPORTANCIA

Luque Aguilar, M.J.; López Lobato, M.; Buzón Pérez, M.G.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Hermano 1: Fruto de primera gestación controlada, sin incidencias. Parto eutócico. No precisó técnicas de reanimación. Derivada a los 7 meses a la consulta de neuropediatría por microcefalia y retraso del desarrollo (ausencia de sostén cefálico). En seguimiento por dermatología por malformaciones capilares múltiples. Inicia epilepsia al 21 mes. Actualmente presenta epilepsia focal de difícil control. Hermano 2: varón, fruto de segunda gestación, bien controlado. Derivado a los 13 meses por retraso del desarrollo (ausencia de sedestación estable). Desarrollo de epilepsia focal a los 18 meses. Preciso de dos meses de ingreso por mal control de crisis. En este contexto desarrolla ceguera Neurosensorial. En la actualidad presenta una epilepsia focal farmacorresistente. **Exploración clínica:** Ambos presentan múltiples hemangiomas diseminados, en tronco y en miembros inferiores, de pequeño tamaño. Microcefalia. Retraso psicomotor grave, con ausencia de deambulación, lenguaje y comunicación social. Ceguera del segundo hermano. Escaso pániculo adiposo, hipotonía global con reflejos simétricos con aumento de área. **Procedimientos diagnósticos:** RMN craneal: Ventriculomegalia leve supratentorial asociada una pequeña megacisterna magna. Screening metabólico: normal. Biopsia muscular: normal. EEG se observan anomalías paroxísticas epileptiformes en forma de complejos punta-onda de expresión multifocal, y en ocasiones generalizadas. **Estudios genéticos:** CGH array normal, estudio MECP2 normal, exoma clínico: Normal, secuenciación gen STAMBP: Homocigosis de la variante c.113G>A, considerada como patogénica, clínicamente concordante con ambos pacientes. **Conclusiones:** El síndrome de microcefalia-malformación capilar es una anomalía vascular genética muy rara, de herencia autosómica recesiva por afectación del gen STAMBP. Se caracteriza por microcefalia congénita, múltiples malformaciones capilares cutáneas, epilepsia intratable, retraso global del desarrollo grave y falanges distales hipoplásicas. Este caso cobra especial importancia por la aparición de los angiomas al nacimiento como primer signo clínico de la enfermedad.

P-052
NEUROPATÍA PERIFÉRICA Y COVID-19.
A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

Luque Aguilar, M.J.; Cortés Jiménez, M.C.; Capdevila Salvans, B.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Niña de 12 años remitida por su pediatra a la consulta de Neurología Pediátrica por dolor en la base del primer dedo de la mano derecha tipo punzante irradiado de forma proximal y acompañado de disminución de fuerza de la mano derecha. **Antecedentes personales:** - PCR para Covid-19 positiva. Serología IgM negativa. - Seguimiento por Salud Mental por trastorno del comportamiento social. **Enfermedad actual:** Dolor en primer dedo de mano derecha con irradiación proximal que se hace punzante y afecta a dedo medio desde hace una semana. Posteriormente, incapacidad para la flexión de los cinco dedos de la mano derecha durante tres días. Sensación de pesadez y dolor de predominio nocturno que se intensifica en reposo, sin que ceda con analgesia. No artralgias ni hiperemia. Afebril. **Exploración clínica:** Fuerza por segmentos en miembros superiores e inferiores conservada. Tono, coordinación y marcha normales. Reflejos bicipitales, tricipitales, estilorradales y rotulianos presentes y simétricos. Sensibilidad superficial y profunda conservadas. **Pruebas complementarias:** Se realizó estudio neurofisiológico de conducción nerviosa motora y sensitiva de los nervios mediano, cubital y radial derechos cuyos parámetros de latencia, amplitud y velocidad de conducción fueron normales. **Evolución:** Acude a consultas de Neurología Pediátrica a los dos meses de la primera consulta. Ante la ausencia de signos y síntomas compatibles con neuropatía y resultados de pruebas negativos, fue dada de alta con seguimiento por parte de su pediatra. **Conclusiones:** Algunos virus, como el virus varicela zoster o el citomegalovirus, pueden provocar neuropatías periféricas por daño axonal directo. El mecanismo por el cual el coronavirus ataca al sistema nervioso todavía no es conocido, así como sus secuelas a corto y largo plazo. Son necesarios futuros estudios que pongan de manifiesto la posible relación entre la enfermedad por SARS-COV2 y problemas neuromusculares.

P-053
SÍNDROME DE DUPLICACIÓN MECP2.
A PROPÓSITO DE UN CASO

Luque Aguilar, M.J.; Ortiz Cantero, E.; López Lobato, M.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Varón de 3 años de edad actuales, derivado a las consultas de neuropediatría a los 11 meses por retraso psicomotor. Fruto de segunda gestación bien tolerada, que cursó sin incidencias. Ingresa en unidad de neonatología a las 3 horas de vida por taquipnea transitoria del recién nacido, con buena evolución. Durante el periodo de lactante precisó en varias ocasiones de ingreso hospitalario por infecciones respiratorias recurrentes, así como infecciones de tracto urinario de repetición, acompañados de retraso en el crecimiento ponderoestatural y del desarrollo psicomotor, junto con microcefalia. A los 2 años fue diagnosticado de epilepsia generalizada, actualmente bien controlada con Valproico. La evolución del paciente a lo largo del tiempo ha sido lentamente favorable, en la actualidad no ha conseguido marcha autónoma, ni tampoco dice ninguna palabra, aunque comienza a emitir sonidos. Escasa

comprensión de órdenes. Manipula bien objetos con ambas manos **Exploración clínica:** Facies redondeada. Ojos grandes algo protruyentes. Dientes incisivos malformados con desviación de la implantación del frenillo dental superior e hipoplasia del incisivo superior derecho. Hipotonía global, sostén cefálico presente con ausencia de sedestación autónoma. Escaso interés por coger objetos, aunque se llevaba manos a línea media. No estereotipias. Polipnea. **Procedimientos diagnósticos:** RNM craneal: disgenesia parcial de cuerpo calloso screening metabólico: ácidos orgánicos, GAA, GAGs, acilcarnitinas y sialotransferrinas: normales. Estudio Genético (Array CGH): duplicación Xq28 afectando al gen MECP2. Madre portadora de la duplicación en Xq28 Urología: Reflujo vesicoureteral izquierdo grado 2. TAC pulmonar: hiperinsuflación pulmonar bilateral, con atelectasias subsegmentarias en lóbulo superior derecho. Ecocardiografía: Estructura vascular venosa drenando en vena innominada **Conclusiones:** El síndrome de duplicación MECP2 es una enfermedad severa del neurodesarrollo caracterizada por hipotonía temprana, retraso global del desarrollo con déficit intelectual severo, infecciones respiratorias recurrentes (75%) y epilepsia (50%).

P-054
SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN LA INFANCIA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

Lanero Olivencia, B.; Buzón Pérez, M.G.; Medina Bethencourt, M.; Vecchi Burastero, M.; Andrade Díaz, C.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Niña de 2 años con antecedentes de ataxia de etiología incierta que precisó ingreso, que acude a nuestro centro de salud por presentar en los últimos dos meses despertares nocturnos frecuentes con llanto y molestias en los pies que se alivian con el movimiento. Presenta cierta palidez cutánea a la exploración. La madre refiere presentar episodios similares desde hace años. Revisando sus analíticas previas, presenta una hemoglobina (Hb) de 10,2 g/dL en el último control y un hematocrito del 33%. Se decide iniciar tratamiento con hierro 6 mg/kg/día vía oral y solicitamos una analítica de control que incluya metabolismo del hierro, inmunoglobulinas, anticuerpos de celiaquía y reticulocitos, entre otros. Citamos a la paciente al mes del inicio del tratamiento, con resolución de la sintomatología, acompañados de normalización de la analítica, con Hb: 11,9 g/dL, hematocrito: 38%, ferritina 13,6 ng/mL y resto de valores normales. Por lo que mantenemos hierro oral durante 6 meses. A los 4 meses, acuden por reaparición de la clínica tras haber suspendido el tratamiento por su cuenta. Reaparecen los despertares, los dolores y está somnolienta durante el día. Tras reintroducir de nuevo el tratamiento, la paciente se encuentra mucho mejor sin aparición de nueva clínica. **Conclusión:** El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno del sueño frecuentemente infradiagnosticado en la edad pediátrica, a pesar de su alta prevalencia (2%), entre otros motivos, por la falsa creencia de que se trata de una enfermedad que solo afecta a adultos. Su diagnóstico es clínico, a través de una correcta anamnesis y exploración física habitualmente por parte del pediatra de atención primaria. Si este es secundario a ferropenia, debemos iniciar tratamiento con hierro, ya que la buena respuesta al tratamiento apoya el diagnóstico.

P-055 ATENCIÓN A ESAS CADERAS

Romero Vázquez, L.; García Matamoros, L.; Benítez Fernández, I.; Sánchez Díaz, C.; Cabello Gómez, S.; González Rodríguez, R.M.; Del Solar Rico, J.; Rodríguez Torres, M.; Flores Méndez, B.; Cantos Masa, P.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

El dolor en miembros inferiores es un motivo frecuente de consulta de Atención Primaria, siendo la mayoría de los casos una patología banal llamada “dolores de crecimiento”, pero existen patologías más graves como la artritis séptica o la enfermedad de Perthes, que precisan una valoración, seguimiento y tratamiento específico. Por ello, es importante recalcar la importancia del diagnóstico diferencial de la patología osteoarticular en la infancia. Niño de 3 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consultas por fiebre, odinofagia, escasa ingesta de 6 días evolución en tratamiento con Amoxicilina-clavulánico sin mejoría. Rehistoriando, la familia refiere dolor en ambos miembros inferiores desde el inicio del cuadro, sin limitación de su actividad diaria. A la exploración, destaca la presencia de microadenopatías laterocervicales rodaderas y exudado amigdalar bilateral. Resto de exploración sin hallazgos. En la exploración osteoarticular, observamos mínima impotencia funcional de miembro inferior izquierdo sin limitación funcional del balance articular ni signos inflamatorios. Ante estos hallazgos, se solicita analítica general con resultado normal, frotis de sangre periférica con presencia de linfocitos activados, serología a mononucleosis con resultado positivo a VEB y radiografía de caderas bilateral con remodelado óseo de la cabeza femoral izquierda compatible con enfermedad de Perthes. Iniciamos tratamiento con reposo y antiinflamatorios y derivamos a cirugía ortopédica. La enfermedad de Perthes es la necrosis avascular de la cabeza femoral, de etiología desconocida. Suele manifestarse como dolor en miembro inferior y/o cojera, siendo bilateral en un 15-20%. El diagnóstico se confirma con radiografía, que en fases iniciales puede ser normal, o resonancia magnética. El tratamiento varía desde antiinflamatorios y reposo en fases iniciales hasta inmovilización con yeso o cirugía si se diagnostica en fase avanzada. El pronóstico es favorable, especialmente en menores de 6 años y si el diagnóstico es precoz.

P-056 DEFORMIDAD PROGRESIVA DEL CODO

Cárdeno Morales, Á.¹; Martínez Fernández, M.²; Calero García, J.L.¹.

¹Consultorio Puebla del Río, Puebla del Río, España;

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 13 años con deformidad en valgo en codo izquierdo desde hace varios años. Incremento de la desviación en el último año. Sufre dolor a nivel del epicóndilo, en relación a musculatura pronadora-flexora, también presenta episodios de parestias e hipoestias ocasionales. Antecedente de fractura supracondílea en dicho miembro, cuando el paciente tenía 2 años de vida, intervenido quirúrgicamente con osteosíntesis, con buena alineación posterior. **Exploración clínica:** Codo valgo izquierdo. Ángulo humero-cubital izquierdo de 30 grados - derecho 10 grados. Molestias a nivel de ambos epicóndilos, con dolor a la extensión forzada

de dedos. **Procedimientos diagnósticos:** Rx codo izquierdo: ángulo de Baumann de 23° - ángulo de carga: 150° (30°). Se diagnostica de cúbito izquierdo valgo como secuela tras fractura supracondílea. **Procedimientos terapéuticos:** Cirugía con osteotomía realineadora de húmero. La familia entiende los riesgos de la cirugía y estaría dispuesta a que se interviniera. **Conclusiones:** - La deformidad angular es una complicación que puede estar presente tras una fractura supracondílea de húmero, y se presenta de forma tardía. - Entre las deformidades angulares podemos encontrar el cúbito valgo y varo, siendo el varo mucho más frecuente. - El cúbito valgo puede causar neuropatía del nervio cubital. - El cúbito valgo de forma general no produce una alteración funcional con pérdida de movilidad, pero si es una deformidad estética, y cuando es muy llamativa los padres exigen una corrección. La corrección exige una osteotomía y alguna forma de fijación.

P-057 DISCOPATÍA CALCIFICANTE BENIGNA

Giordano Urretabizkaya, M.N.; Caldeiro Díaz, M.J.; López De Viñaspere Vera-Fajardo, M.; Fernández Marqués, M.; Frank De Zulueta, P.; González Martínez, C.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Anamnesis: Niño de 5 años que acude por presentar impotencia para la flexo-extensión cervical de 6 días de evolución. Afebril en todo momento. No sintomatología a otro nivel. Niegan movimiento forzado, contusión o traumatismo previo. Valorado al inicio del cuadro por su Pediatra de Atención Primaria quien indicó tratamiento sintomático y reposo, sin clara mejoría. Como antecedente personal, se trata de un niño que desde los 19 meses reside con sus padres adoptivos por haber sufrido maltrato infantil (*Shaken baby syndrome* - SDS). **Exploración clínica:** En su valoración inicial presenta excelente estado general, con constantes estables. En la exploración destaca una acentuada limitación a la flexión y extensión cervical, con movilidad lateral conservada. No se objetiva dolor a la palpación de apófisis espinosas, ni en la musculatura paracervical. Resto de exploración física, incluyendo valoración neurológica completa normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente se solicita radiografía cervical antero-posterior y lateral, en donde se objetivan múltiples calcificaciones a nivel del espacio discal C6-C7. A su vez, se extrae analítica sanguínea incluyendo estudio fosfo-cálcico y marcadores de autoinmunidad, con ligero aumento de reactantes de fase aguda siendo el resto anodino. Se decide completar estudio con resonancia magnética cerebral y cervical, donde informan presencia de hidrocefalia leve de predominio supratentorial, sin edema transependimario ni causas morfológicas obstructivas (secuelas de SDS). Cambios por pinzamiento del espacio C6-C7 y calcificación parcial del disco intervertebral. Se realizó manejo terapéutico con antiinflamatorios y miorrelajantes, con adecuada respuesta clínica. **Conclusiones:** La discopatía calcificante benigna es una entidad infrecuente de etiología desconocida, pero que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de torticolis en la infancia. Esta patología, de evolución benigna y autolimitada, requiere manejo conservador por tiempo acotado. La evolución esperada es la remisión clínica e imagenológica en un plazo de semanas o meses.

P-058 EL TCE SUBESTIMADO

Íñigo Gil, J.; Flores Méndez, B.; Mimbrero Gutiérrez, V.; Cantos Masa, P. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Escolar de 10 años que es traído al Servicio de Urgencias tras traumatismo accidental al caer desde un patinete, golpeándose la cabeza y el hombro derecho. Refiere un dolor que cataloga con un EVA 8 en hombro y 7 en región parietal derecha. Presenta afectación de arco de movimiento de extremidad sin otra sintomatología. **Exploración física:** Constantes vitales en rango. Presenta un cefalohematoma en región parietal derecha de 3 cm sin crepitación ni escalón óseo palpable y una tumoración dolorosa a la palpación en tercio distal de clavícula derecha con clínica de luxación anterior esternoclavicular. Resto de la exploración por sistemas y aparatos sin interés. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Al no presentar sangrado ni signos o síntomas de focalidad neurológica inicialmente solo se solicita una radiografía de clavículas. Durante el trayecto presenta un episodio de desconexión del medio con movimientos tónico-clónicos generalizados y cianosis peribucal de 2 minutos de duración. La crisis cede tras estabilización y administración de midazolam intravenoso. Se solicita entonces TAC urgente donde se objetiva línea de fractura parietal derecha sin desplazamiento y un hematoma subgaleal. La evolución del paciente fue favorable, no volviendo a presentar nuevas crisis durante su estancia hospitalaria y pudiendo ser dado de alta con único tratamiento sintomático para el dolor e inmovilización de miembro. **Conclusiones:** Identificar los factores de riesgo y seleccionar aquellos pacientes susceptibles de sufrir una lesión intracraneal puede suponer un verdadero reto diagnóstico. Muchos de estos ítems pueden aparecer en un período ventana de 4 a 6 horas. Por ello, la anamnesis y exploración física resultan fundamentales. Los cefalohematoma con mayor riesgo de lesión intracraneal son aquellos que tienen una presentación no frontal en menores de 2 años, aparecen en menores de 3 años o tienen un tamaño grande (> 3 cm) y consistencia blanda.

P-059 INFLAMACIÓN ARTICULAR NO TRAUMÁTICA: SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA

Galindo Doncel, G.; Sabado Angngasing, E.J.; Fernández Bravo, S.; Mateos Delgado, J.; Reques Cosme, R.; Gallego Fernández, C.S.; Mesa Del Castillo Paya, M.; Blumenfeld Olivares, J.A.
Hospital El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Anamnesis: Varón de 11 años sin antecedentes personales de interés que acude por inflamación de rodilla izquierda de unas 3 semanas de evolución. No fiebre. No traumatismo. No cuadros infecciosos previos. **Exploración clínica:** Extremidad inferior izquierda: Edema no fluctuante e inflamación en muslo y rodilla izquierda. No eritema. No impotencia funcional. Leve aumento de temperatura local. No alteraciones de la barrera cutánea. No alteraciones en otras articulaciones. Resto de exploración dentro de la normalidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía antero-posterior de rodilla izquierda donde se objetiva aumento de partes blandas sin lesiones óseas agudas asociadas. En la resonancia magnética nuclear se encuentran signos sugerentes de marcado derrame articular con engrosamientos pseudonodulares que podría estar en relación con sinovitis vellonodular pigmentada como pri-

mera posibilidad. Artrocentesis diagnóstica con salida de líquido hemático (310 mL) enviándose para estudio bacteriológico, que resulta negativo, así como a anatomía patológica con resultado de celularidad inflamatoria de tipo mixto. Analítica completa con perfil reumatológico normal. Se deriva a traumatología infantil de hospital de referencia donde se decide tratamiento quirúrgico precoz, con sinovectomía de compartimento anterior y ambos recesos patelofemorales. Extirpación de masa tumoral de aproximadamente 10 x 10 cm de color marrónáceo e infiltración intraarticular con ácido tranexámico. **Conclusiones:** Ante una inflamación articular en un niño, como primera causa se encuentra el origen traumático, pero cuando la historia clínica y la exploración física no apoyen esa etiología, debemos considerar otras patologías como la sinovitis vellonodular pigmentada, que requiere diagnóstico diferencial con tumores como el sarcoma sinovial, y con alteraciones reumáticas y metabólicas. El correcto diagnóstico es prioritario, porque aunque tiene una baja incidencia en niños menores de 15 años, al ser una proliferación tumoral benigna del tejido sinovial, sin tratamiento precoz, puede causar importante morbilidad por destrucción local de la articulación.

P-060 OSTEOMA OSTEOIDE, UNA ENTIDAD CONOCIDA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

García Henarejos, M.; Martínez Bayo, Á.; Aviñó Llacer, A.; Beltrán García, S.; Vicent Martí, S.; Olmos García, J.M.; Satorre Berbegal, J. - Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

Introducción: El dolor en miembros inferiores es una causa frecuente de consulta en atención primaria. En un alto porcentaje se trata de patología banal, pero debemos conocer los signos y síntomas que orienten hacia una patología de mayor importancia. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una adolescente de 13 años que presenta dolor en muslo izquierdo de 3 meses de evolución, que empeora con el ejercicio y que le despierta por la noche, mejorando parcialmente con la ingesta de paracetamol. Sin otros síntomas asociados. No cuadro constitucional. En la exploración solo destaca dolor a la palpación en cuádriceps izquierdo, siendo el resto de exploración normal. Se solicita una radiografía de miembro inferior izquierdo en la que se observa en tercio proximal de fémur izquierdo un marcado engrosamiento de la cortical medial, de aspecto compacto y con una tenue radiolucencia en su interior. Se completa estudio con TC de fémur donde se observa un engrosamiento marcado de la cortical ósea en cuya profundidad presenta una imagen de morfología ovalada compatible con un nidus calcificado, siendo estos hallazgos compatibles con un osteoma osteoide. Con el diagnóstico de osteoma osteoide se inicia tratamiento con AINES (Ibuprofeno oral). Presenta buena respuesta por lo que de momento se mantiene actitud expectante y seguimiento conjunto con Traumatología. **Conclusiones:** El osteoma osteoide representa el 5% de todos los tumores óseos y un 11% de los tumores óseos benignos. Sus manifestaciones clínicas son bien conocidas, sin embargo, sigue siendo habitual que el tiempo medio para diagnosticar este tumor supere los 2 años y requiera de consultas a diversos especialistas. Dada su presentación clínica y hallazgos radiográficos, con frecuencia atípicos e inespecíficos, se recomienda incluir al osteoma osteoide en el diagnóstico diferencial

de todo dolor monoarticular de larga evolución que acuda a la consulta de Atención Primaria.

P-061 OSTEOMIELITIS: CUANDO NO ES LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA INICIAL

Afonso Carrasco, I.; López Franco, M.M.; Carreira Sande, N.; Varela Pájaro, C.; Bustelo Fernández, M.; Dorado López, P.; Oiz Urriaza, I.; Pisón Marcos, I. - Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 2 años y medio que consulta por cojera izquierda, afebril, sin otra sintomatología. Ante antecedente traumático el día previo se inicia tratamiento analgésico. **Exploración clínica:** Buen estado general. Evitación del apoyo de miembro inferior izquierdo y limitación abducción de cadera izquierda. No otros hallazgos significativos. No lesiones en piel. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Al inicio del cuadro se realiza radiografía que descarta lesión ósea. Valorado por su pediatra de atención primaria, tras una semana de clínica y antecedente de infección respiratoria en días previos, se trata como una sinovitis transitoria de cadera. Ante persistencia de cojera, se realiza ecografía de cadera resultando normal y analítica destacando leucocitosis con linfocitosis sin elevación de reactantes y manteniéndose afebril, por lo que se mantiene actitud expectante. Tras 4 semanas y empeoramiento del dolor a pesar de analgesia, se decide ingreso para estudio y tratamiento. Se realiza nueva radiografía que objetiva lesión lítica en la metáfisis proximal del fémur izquierdo con criterios de agresividad. En el diagnóstico diferencial se incluye osteomielitis como primera posibilidad por hallazgos en tomografía computarizada. La analítica al ingreso mostró elevación de velocidad de sedimentación globular sin elevación de proteína C reactiva. Se decidió realizar curetaje y toma de muestras de la lesión, resultando positivo un estafilococo coagulasa negativo en líquido articular y anatomía patológica compatible con infección subaguda. Se confirmó diagnóstico de Osteomielitis de fémur proximal izquierdo con afectación transfiaria y presenta buena evolución con antibioterapia. **Conclusiones:** La osteomielitis es una causa de cojera en el niño, siendo el fémur la localización más frecuente. En ocasiones, según la edad del paciente, la presentación clínica y las pruebas complementarias pueden ser inespecíficas, en especial al inicio del cuadro, por lo que es necesario seguimiento y sospecha clínica por su pediatra para establecer diagnóstico diferencial.

P-062 ¿OTRA VEZ CON COJERA? LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES

Gómez Arce, A.; De Lamo González, E.; Gutiérrez Camus, A.; Pastor Tudela, A.; Díaz Fernández, P.; Justel Rodríguez, M.; Ansó Mota, M.; Méndez Sierra, A.; Castaños Saiz, M.; López De Viñaspre Vera-Fajardo, M.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

La sinovitis transitoria de cadera es la causa más frecuente de artritis inflamatoria en la infancia, produciendo dolor y cojera en niños entre 3-10 años. Aunque es autolimitada, requiere un seguimiento estrecho, ya que habrá que considerar otros

diagnósticos si no evoluciona según lo esperado, como la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, consistente en la necrosis aséptica de la cabeza femoral. De causa desconocida, afecta al mismo grupo de edad e inicialmente, se comporta como una sinovitis con cojera, dolor en muslo y limitación de abducción y rotación interna de cadera. Presentamos el caso clínico de un varón de 3 años de edad que consulta por cojera y dolor en cadera izquierda de 24 horas de evolución. Afebril, sin clínica infecciosa ni traumatismo conocido. Como antecedente, ha presentado 4 episodios similares en el último año, por los que ha estado en seguimiento por su pediatra y ha sido valorado en urgencias en múltiples ocasiones, siendo diagnosticado de sinovitis transitoria recurrente. Todos los episodios han cedido con ibuprofeno y reposo, encontrándose asintomático entre los mismos. Realizadas varias radiografías y ecografías de cadera, así como analíticas sanguíneas, sin objetivarse hallazgos patológicos. A la exploración presenta dolor en ingle, limitación de rotación interna y abducción y cojera. Se realiza nueva ecografía de cadera objetivándose distensión de la cápsula articular e irregularidad del centro de osificación de la cabeza femoral. Es derivado a Ortopedia Infantil y se realiza estudio gammagráfico compatible con enfermedad de Perthes. Continúa con reposo y analgesia y se inicia rehabilitación, presentando una evolución favorable. Es de vital importancia la realización de un seguimiento estrecho en todo paciente con cojera y dolor de cadera, ampliando el estudio en aquellos casos que no evolucionen favorablemente, ya que el pronóstico final en la enfermedad de Perthes depende en gran medida del diagnóstico precoz.

P-063 PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE TIBIA EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

Martín Galache, M.; Escalona Gil, A.M.; De Pablo García, M.; Hernández Pinchete, S.; Arévalo Cenzual, A.; López Ávila, F.J.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Lactante de 8 meses con antecedente de neurofibromatosis tipo 1 y pseudoartrosis congénita de tibia derecha, que acudió a Urgencias por dolor, inflamación e impotencia funcional en miembro inferior derecho de 24 horas de evolución. La paciente había iniciado el gateo, no la deambulación y no refería traumatismo previo. No clínica infecciosa acompañante. **Exploración clínica:** Presentaba buen estado general destacando en la exploración cutánea distintas manchas café con leche distribuidas por toda la superficie corporal. A nivel de miembro inferior derecho, se objetivó incurvación anterolateral de tibia acompañada de tumefacción de pie ipsilateral sin signos flogóticos. Dolor intenso a la movilización del miembro, sin otras lesiones evidenciables. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó radiografía anteroposterior y lateral de fémur, tibia y peroné derechos. En las pruebas de imagen, se objetivó fractura de tibia derecha no desplazada, por lo que se contactó con Traumatología quien desestimó la necesidad de reducción quirúrgica urgente y decidió tratamiento conservador con inmovilización mediante férula inguinopédica y posterior control en consultas externas. En las siguientes revisiones, se apreció ausencia de consolidación de la fractura por lo que se planteó la opción de osteotomía correctora con aporte de injerto óseo vascularizado de peroné contralateral. **Conclusiones:** La pseudoartrosis congénita de tibia es una patología

infrecuente, con una incidencia comprendida entre 1:140.000 y 1:250.000 nacidos vivos. Puede asociarse a neurofibromatosis tipo 1 en hasta el 40-80% de los casos. Se trata de una deformidad congénita tibial en varo y *antecurvatum*, con discrepancia de longitud. La evolución de la misma suele ser desfavorable, pudiendo asociar fracturas patológicas que suelen ser refractarias al tratamiento conservador y requieren tratamiento quirúrgico para lograr una adecuada consolidación. Es importante sospechar esta entidad ante una incurvatura anómala de la tibia o ante un lactante que presenta múltiples fracturas patológicas en la primera infancia.

P-064

REACCIONES MEDICAMENTOSAS EN CONSULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Medina Bethencourt, M.; Lanero Olivencia, B.;
Andrade Díaz, C.; García Díaz, F.J.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 5 años con Síndrome de Kleefstra intervenido de miringotomía con inserción de tubo e infiltración toxina botulínica en ambos maseteros por otitis media serosa bilateral. Consulta por agitación de 11 días de evolución. El inicio del cuadro coincide con el postoperatorio de la miringotomía. Asocia mal descanso nocturno, autolesiones, heteroagresividad y disminución de la ingesta. Afebril en todo momento, no otra clínica acompañante a la anamnesis por aparatos. Inició tratamiento con diazepam sin mejoría de la agresividad. **Exploración física:** Sin hallazgos patológicos. Otoscopia bilateral normal, tubos normoposicionados. **Evolución:** Se pauta aumento de dosis de diazepam vía oral a 4 mg cada 8 horas. Reconsulta a las 24 horas por empeoramiento marcado de la irritabilidad, con dificultad para conciliar el sueño. Ante la sospecha de reacción paradójica a las benzodiacepinas se retira diazepam y se pauta risperidona (1 mg/ml): 0,25 ml cada 12 horas. El paciente presenta una evolución favorable con mejoría de la agitación en las 48 horas posteriores. **Conclusiones:** - La indicación principal de las benzodiacepinas son los trastornos de ansiedad. Su uso en pediatría se debe limitar a cuadros graves y en periodos muy cortos de tiempo. - La reacción paradójica a las benzodiacepinas es un fenómeno poco frecuente, con una incidencia estimada inferior al 1%. - Esta entidad se caracteriza por desinhibición conductual con agitación psicomotora, irritabilidad, hetero y autoagresividad e incluso convulsiones. - Existe mayor susceptibilidad en: género masculino, trastornos cognitivos y del ánimo (Trastorno por déficit de atención, Trastornos del espectro autista), edades extremas (ancianos y población pediátrica), consumo de alcohol y drogas. - Debemos conocer los síntomas típicos de esta entidad, para reconocer el cuadro de forma precoz. Ante la sospecha se debe suspender el fármaco.

P-065

SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y OBSESIVO COMPULSIVOS, RENDIMIENTO ACADÉMICO, PESO Y SUEÑO EN LOS ESCOLARES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Martínez Gómez, A.R.¹; Gargallo García, L.²; Arroyo
Herrera, C.¹; Arenas Cambroner, V.²; Martínez Heras, M.J.²;
Muñoz Muñoz, C.²; Pérez Sánchez, Á.F.²; Moraleda Velasco, P.²;

Bañón García, R.²; Moya Díaz-Pintado, M.T.¹. - ¹Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España; ²Centro Salud Almagro, Almagro, España

Objetivo: Valorar los síntomas obsesivos, compulsivos y depresivos en la población escolar y su evolución durante los dos años de pandemia por COVID-19, y otros parámetros (sueño, peso y rendimiento académico) susceptibles de influencia por el estado de pandemia. Presentamos también una estimación de incidencia de enfermedad por COVID-19 y tasa de vacunación. **Sujetos y métodos:** Participaron mediante encuesta telefónica los padres de 165 niños de nuestra zona básica de salud (84 niñas y 81 niños) nacidos entre 2008 y 2012, realizadas en julio 2020, abril 2021 y febrero 2022. La encuesta consta de 2 ítems sobre trastorno obsesivo compulsivo seleccionados de la escala de ansiedad SCAS-P de Spence, 5 ítems de la escala CDI de Kovacs sobre depresión, una pregunta sobre miedo a coronavirus y otra sobre percepción de aumento de peso. Las respuestas se clasificaron en tres categorías: no, poco o algo y mucho. Para el tratamiento estadístico utilizamos la prueba de asociación de Chi cuadrado. **Resultados** (Tabla I):

Tabla I				
	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	Chi (p)
Miedo al coronavirus	39	17	16	<0,001
Pensamientos obsesivos	18	9	18	<0,01
Conductas compulsivas	18	7	10	<0,002
Trastorno de sueño	13	6	5	<0,02
Disminución del rendimiento	8	9	7	—
Pensamientos negativos	3	4	3	—
Soledad	1	1	1	—
Tristeza	1	0	0	—

El 30% de los padres referían que su hijo había ganado peso. Fueron diagnosticados de enfermedad por coronavirus 66 niños (40% del total). Se vacunaron 158 niños (95,7%) según pauta establecida. **Conclusiones:** - Los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas se redujeron a la mitad a los 10 meses aunque posteriormente vuelven a aumentar. - Los síntomas depresivos severos fueron poco frecuentes. - Los trastornos importantes del sueño fueron poco frecuentes y se redujeron a la mitad. - No hemos encontrado disminución en el rendimiento académico.

P-066

ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO Y ERITEMA MARGINADO. ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Medina García, E.¹; Villa Alcázar, E.¹; Rodríguez Capitán, R.²;
Gaitero Pérez, A.³; Villanueva Guerra, A.G.³; Cabrera Cascajero, P.³.

¹Centro Salud Guzmán El Bueno, Madrid, España;

²Hospital Valle del Henares, Quirón, Madrid, España;

³Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

Anamnesis: Lactante de 23 meses de edad que acude a consulta por lesiones de 2-3 días de evolución en plantas y palmas. No otros síntomas, afebril. Un hermano de 6 años acabó hace unos días tratamiento por amigdalitis estreptocócica.

cica. **Exploración clínica:** Exantema con lesiones anulares de borde eritematoso y aclaramiento central en palmas y plantas. Buen estado general, resto exploración normal. **Procedimientos diagnósticos:** Test rápido estreptococo positivo. **Tratamiento:** Ante la sospecha de eritema marginado reumático inicialmente fue tratado con penicilina oral con desaparición de las lesiones en 24 horas. **Conclusiones:** Durante esta primavera de 2022 observamos un importante aumento en la incidencia de la infección por estreptococo beta-hemolítico, así como un claro cambio en los patrones epidemiológicos (menor edad, numerosos contagios en contactos familiares y escolares) y cuadros clínicos. Probablemente deberíamos replantearnos los criterios clásicos de diagnóstico y manejo de la infección por estreptococo beta-hemolítico. Los eritemas anulares o figurados de la infancia son un grupo de dermatosis en los que la lesión primaria adopta una configuración de tipo anular, circinada oval o policíclica. Uno de ellos, el eritema marginado reumático, es un eritema evanescente que aparece en el curso de la fiebre reumática (10–20% de casos). Más frecuente en niños que en adultos y altamente específico de la misma, siendo uno de sus criterios diagnósticos mayores. La erupción es transitoria (desde horas hasta un par de días) y asintomática. Se manifiesta como pápulo-placas, con extensión periférica con disposición anular o policíclica y aclaramiento central, sin descamación ni cambios epidérmicos. Nuestro paciente presenta un cuadro atípico en el que el único síntoma fue el eritema marginado acompañando a un test rápido de estreptococo positivo sin presentar otros síntomas o signos de fiebre reumática. Además la edad del paciente y la falta de fiebre plantean dudas sobre el abordaje terapéutico.

P-067

ESTUDIO PEDIÁTRICO DE EFICACIA FRENTE A PROBLEMAS DÉRMICOS DEBIDO AL BABEO DE UN PRODUCTO DE APLICACIÓN PERIBUCAL Y EN LA ZONA DEL CUELLO

Conte Visús, L.; Salat Figueras, C.; Serra Baldrich, N.; Marín De Pablo, A. - LETI Pharma S.L.U., Barcelona, España

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerancia de un producto de aplicación en la zona peribucal y cuello, en niños con babeo. **Material y métodos:** Se evaluaron 22 voluntarios de ambos sexos (6 meses-4 años edad) con problemas cutáneos debidos al babeo. El producto se aplicó 2 veces al día durante 26 días, sobre la piel limpia y seca de la zona peribucal y cuello. La eficacia del producto fue evaluada mediante análisis dermatológico, pediátrico y subjetivo por parte de los padres. Durante 3 días más (hasta día 29) no se aplicaron el producto y los padres evaluaron la reparación duradera y si se mantenía la piel protegida frente a la irritación producida por la saliva y humedad. La tolerancia del producto fue evaluada por el dermatólogo y el pediatra, evaluando cualquier posible efecto no deseado que pudiera causar el producto. Todos los parámetros se evaluaron mediante una escala de 4 puntos (de 0 a 3). **Resultados:** En la evaluación clínica se observó una mejora significativa ($p < 0,05$) de la tirantez (+73%), suavidad (+78%), hidratación (+70%), elasticidad (+70%), grietas (+100%) y reparación y reestructuración de la barrera cutánea (+72%). Los parámetros de evaluación subjetiva (efecto calmante, reducción del prurito, rojez o eritema, y calidad de vida entre otros) mejoraron en el 77 a 95% de los individuos. El 100% de padres indicaron que el producto formaba una fina película que mantenía la piel

protegida frente a la saliva y humedad, el 96% que la piel se mantuvo protegida durante 24 h sin producto y el 91% observaron una reparación duradera. Producto muy bien tolerado. **Conclusiones:** el producto demuestra ser seguro y eficaz. Repara y protege eficazmente la piel alrededor de la boca, barbilla y cuello frente a saliva y humedad.

P-068

GINECOMASTIA PREPUBERAL, CUANDO ASUMIR QUE ES IDIOPÁTICA

Mosquera Froufe, M.; Martín Valbuena, J.; Hernández Pinchete, S.; Pérez Baguena, M.P.; Sánchez Rodríguez, P.; Garrido Martín, M.; Martín Alonso, M.M.; Bajo Delgado, A.F.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objetivos: La ginecomastia es un hallazgo frecuente en relación con el desarrollo puberal de los varones siendo algo autolimitado en la mayoría de los casos. Sin embargo, a pesar de que la ginecomastia prepupal es muy poco frecuente, dicha condición hace necesario un amplio diagnóstico diferencial, descartando causas potencialmente malignas. **Material y métodos:** revisión de la bibliografía más actual sobre ginecomastia prepupal en la base de datos pubmed, con la búsqueda de “prepubertal ginecomastia”. **Resultados:** Entre las causas de la ginecomastia prepupal se incluyen causas ambientales como exposición a aceite de lavanda o aceites del árbol del té, medicaciones, cremas con composición estrogénica, además de causas biológicas como el desequilibrio entre estrógenos y andrógenos, alteración en los receptores de ambos, obesidad, hipogonadismo primario o secundario, insuficiencia renal o hepática, disfunción tiroidea, tumores suprarrenales o testiculares con producción de hormonas o de gonadotropina coriónica humana y alteraciones genéticas. **Conclusiones:** En la evaluación del paciente es muy importante una adecuada anamnesis, historia personal y familiar, además de una exploración física, auxológica y puberal completa buscando signos orientativos de la posible etiología. Como pruebas complementarias son importantes el estudio de ejes hormonales tales como el sexual, tiroideo, suprarrenal, prolactina, además de pruebas de imagen, determinación de marcadores tumorales e incluso estudios genéticos, para así tratar de filiar el origen de la misma. De tal manera, aunque la mayoría de casos son idiopáticos y autolimitados, el progresivo conocimiento de las diferentes etiologías hace más segura la vigilancia de estos pacientes y la posibilidad de actuar frente a la causa subyacente, siendo éste el objetivo fundamental del tratamiento para la resolución de la ginecomastia.

P-069

IMPACTO DE LA COVID-19 EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Escalona Fernández, B.L.¹; García Fernández, M.¹; García Vergara, E.¹; Vera Iglesias, M.D.²

¹Centro de Salud San Isidro-Granadilla, San Isidro-Granadilla, España;

²Centro de Salud Doctor Guigou, Santa Cruz de Tenerife, España

Objeto del trabajo: Describir los casos de COVID-19 diagnosticados en una consulta de pediatría de Atención Primaria. **Material y métodos:** Estudio descriptivo cuantitativo. Población. Pacientes adscritos a un cupo de pediatría del Centro de Salud San Isidro-Granadilla. Muestreo de conveniencia. 205 casos de

COVID-19 diagnosticados entre noviembre 2020 y febrero 2022. **Criterios inclusión:** - Pacientes de 0 a 15 años. - Pacientes diagnosticados de COVID-19 mediante Pruebas Diagnósticas de Infección Aguda (PDIA) disponibles. - Pertenecer al cupo de pediatría del Centro de Salud en el momento del estudio. **Variables de estudio:** - Datos de filiación: edad, sexo, miembros de la familia. - Datos sobre diagnóstico COVID-19: fecha, tipo de PDIA y tipo de variante mediante secuenciación. - Datos sobre manifestaciones clínicas y núcleo familiar afecto. - Datos sobre evolución de la enfermedad. **Recogida de datos.** Cuaderno de recogida de elaboración propia, utilizando información de la Historia Clínica Electrónica del Servicio Canario de Salud DRAGO-AP. **Análisis de datos.** Estadística descriptiva. **Resultados:** El 52% de los casos fue de sexo masculino. La edad media fue 8,22 años con un rango entre 3 meses y 14 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos, fiebre y rinorrea. La PDIA más utilizada fue el Auto-test. Los padres y los hermanos fueron los familiares más afectados. La evolución de la enfermedad fue satisfactoria con un 1,95% de reinfecciones. **Conclusiones:** El grupo de edad más afectado es el de 6-14 años, no existiendo diferencias significativas con respecto a la variable sexo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las que predominan en otras infecciones víricas propias de la infancia, por lo que se dificulta el diagnóstico diferencial. La evolución de la enfermedad en niños es favorable, pero su transmisibilidad es muy alta entre los convivientes familiares. Los casos detectados cada año reflejan el efecto de las olas de la pandemia.

P-070

INTUMESCENCIA MAMARIA DEL RECIÉN NACIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gil-Calderón, F.J.; Luis Barrera, C.; López Salas, E.; Mañanarica Arnaiz, A.; Gonzalo San Esteban, A.; Barbadillo Mariscal, B.; Calleja Ibáñez, M.; Pérez Arnaiz, L.; Bernues López, E.M. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Anamnesis: Lactante mujer de 13 días que acude a Urgencias Pediátricas por inflamación del área mamaria de 8 horas de evolución. En el domicilio no había presentado fiebre, clínica respiratoria, digestiva ni de otro tipo. Alimentación conservada con lactancia materna y suplementación con un biberón diario de 60 cc. Como único antecedente presentaba atención en Urgencias a los 2 días de vida por sangrado vaginal, diagnosticado como hemorragia vaginal neonatal fisiológica. **Exploración clínica:** Se realiza exploración física, detectando botón mamario bilateral de 2 x 2 cm, con endurecimiento y leve enrojecimiento cutáneo sin otros signos de inflamación, y sin señales de secreción purulenta o sanguinolenta. No se encuentran otros hallazgos de interés en la exploración. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza diagnóstico de intumescencia mamaria del recién nacido, se comenta que no precisa tratamiento, se aconseja seguimiento, y se explican signos de alarma a vigilar. **Conclusiones:** La intumescencia mamaria del recién nacido es considerada un hallazgo no patológico en recién nacidos. Es frecuentemente bilateral y se caracteriza por endurecimiento y enrojecimiento del botón mamario sin otros signos de inflamación, pudiendo aparecer galactorrea. Puede aparecer tanto en varones como en mujeres, resolviéndose en las primeras semanas en los primeros, y pudiendo persistir en mujeres. Debe realizar diagnóstico diferencial con cuadros de mastitis y

descartar este segundo cuadro, en el que se aprecian mayores signos de inflamación, puede aparecer secreción purulenta o sanguinolenta, y puede aparecer fiebre. Es fundamental conocer esta alteración para poder reconocerla cuando aparezca y no afrontarla como un hallazgo patológico. No precisa tratamiento.

P-071

NEVUS EPIDÉRMICO VERRUGOSO INFLAMATORIO LINEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Benítez Jiménez, J.; De Juan, M.; Herranz, M.; González, I.; Hidalgo, P.; López, D.; Pallares, A.; Pérez, S.; De León, M. Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Introducción: El NEVIL (Nevo Epidérmico Verrugoso Inflamatorio Lineal) es una variante clínica e histopatológica del nevus epidérmico. Se trata de un tumor benigno hamartomatoso, caracterizado por formar placas lineales que siguen las líneas de Blaschko. Puede complicarse con excoiraciones por rascado y sobreinfección bacteriana. Tiene una incidencia de 1/1.000 RN vivos, siendo más frecuente en la primera infancia y en el sexo femenino. Suelen ser unilaterales y localizarse en el lado izquierdo. Se puede asociar a otras dermatosis, anomalías esqueléticas, retraso mental, convulsiones, alteraciones oculares y urogenitales, cardiovasculares, oculares. Su tratamiento es en muchas ocasiones controvertido y poco efectivo. **Caso clínico:** Presentamos a una paciente de cuatro meses que consulta en su centro de salud por presentar una lesión congénita eritematopapulosa, de aspecto psoriasiforme y verrugosa e hiperqueratósica, en área escapular derecha y que se extiende linealmente hasta el antebrazo ipsilateral. Se asocia a intenso prurito. Afebril. Se deriva a consulta de Dermatología, donde se observa al dermatoscopia descamación laminar lineal. Tras el diagnóstico clínico de NEVIL se indica tratamiento tópico con calcipotriol y corticoides. En biopsia posterior se diagnostica de nevo ostial anexial poroqueratósico. Asimismo se realizó RMN cerebral y exploración oftalmológica para descartar anomalías asociadas, siendo el resultado normal. **Conclusiones:** - Se trata de una variedad de nevus que, aunque en un reducido porcentaje de casos, puede malignizar. Por ello cualquier lesión sospechosa debe ser biopsiada. - Además, es importante para el diagnóstico diferencial debido a su similitud clínica con otras dermatosis que adoptan distribuciones lineales como la psoriasis, el liquen plano o las verrugas planas. - Su característica resistencia al tratamiento la hace candidata a tratamiento quirúrgico, aunque en ocasiones se recurre a tratamientos tópicos debido a su extensión o localización.

P-072

NO TODO ES LO QUE PARECE

Piecho Díaz, C.M.¹; Marrero García, A.R.²; Marrero García, P.A.³; Conca, R.⁴. -

¹Centro de Salud Finca España, San Cristóbal de La Laguna, España;

²Centro de Salud Laguna Geneto, San Cristóbal de La Laguna, España;

³Centro de Salud Barranco Grande, Santa Cruz de Tenerife, España;

⁴Hospital Parque, Santa Cruz de Tenerife, España

Anamnesis: Niña de 6 años que acude por lesión cutánea en zona pretibial distal de miembro inferior izquierdo, no pruriginosa, de dos meses de evolución. No asocia fiebre, ni otros síntomas sistémicos. **Exploración clínica:** Lesión eritematosa

anular de unos 3 cm de diámetro con bordes ligeramente sobrelevados, no descamativa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Las pruebas complementarias no son necesarias dada la alta sospecha diagnóstica de herpes circinado, pautándose tratamiento tópico con antifúngico durante dos semanas. Ante la ausencia de mejoría con el tratamiento pautado, nos planteamos otras posibilidades diagnósticas: herpes circinado, pitiriasis rosada de Gilbert, liquen plano anular, eritema anular centrífugo, eczema numular, enfermedad de Lyme, granuloma anular, micosis fungoide y lupus discoide. Dado que nuestra lesión no es pruriginosa, ni descamativa, ni asocia síntomas sistémicos y es única, además del fracaso del tratamiento antifúngico, llegamos a la conclusión de que estamos ante un granuloma anular, el cual no precisa tratamiento, dado que se trata de una lesión benigna y autorresolutiva. **Conclusiones:** En pediatría de atención primaria lo más importante es realizar un buen diagnóstico diferencial, con una anamnesis dirigida y una correcta exploración física, para evitar yatrogenia con tratamientos y pruebas diagnósticas invasivas innecesarias.

P-073

REVISIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS DE PAUTAS CORTAS DE CORTICOTERAPIA

Mosquera Froufe, M.; Pérez, M.P.; Garrido, M.; Rodríguez, P.; Hernández, S.; Martín, J.; Martín, M.M.; Bajo, A.F.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objetivos: La corticoterapia prolongada tiene numerosos efectos adversos bien conocidos y ampliamente descritos, sin embargo, en pediatría es muy frecuente la utilización pautas cortas de corticoterapia y su uso se considera inofensivo. El objetivo es describir los posibles efectos adversos de las pautas cortas de corticoterapia. **Material y métodos:** Revisión de la bibliografía más actual sobre efectos adversos de pautas cortas de corticoterapia en la base de datos pubmed, con la búsqueda de "corticoid adverse effects" "bursts corticotherapy adverse effects" "short term corticosteroids adverse effects". **Resultados:** Se han descrito en numerosos artículos efectos secundarios de la corticoterapia a dosis medias o altas de corta duración, incluso con duración de 3 días. Los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales como náuseas y vómitos, pudiendo causar hemorragia digestiva. También se han descrito alteraciones en el comportamiento como euforia, ansiedad y depresión y alteraciones del sueño. La complicación más importante es el aumento de riesgo de infecciones graves. En un estudio poblacional con un gran número de pacientes de hasta 18 años que recibían corticoterapia de 14 o menos días de duración se describe aumento estadísticamente significativo de la incidencia de sepsis, hemorragia digestiva y neumonía especialmente durante el primer mes tras el tratamiento. Estos efectos adversos no guardan relación con la comorbilidad previa del paciente. También se han descrito un aumento transitorio de la tensión arterial, ganancia de peso, hipertrigliceridemia, alteraciones dermatológicas y aumento del apetito. **Conclusiones:** La utilización de corticoides en pauta corta no está exenta de riesgos y debería valorarse su utilización cuando sea estrictamente necesario, ya que generalmente las patologías para las cuales se pautan corticoides no comprometen la vida del paciente.

P-074

TORTÍCOLIS, ¿A QUÉ DEBEMOS PRESTAR ATENCIÓN?

Romero Vázquez, L.; Cantos Masa, P.; Carpio Linde, M.J.; López Moreira, O.; Cabello, S.; Escabias, M.C.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

La tortícolis consiste en la lateralización de la cabeza hacia un lado asociada a rotación de la cara y mentón hacia el lado contralateral. En la mayoría de las ocasiones tiene una causa benigna y autolimitada, sin embargo también puede ser la manifestación de un proceso grave. Como motivo de consulta frecuente en Atención Primaria (AP), presentamos una serie de 4 casos de tortícolis con signos de alarma que han acudido a urgencias de nuestro hospital tras haber consultado en AP. De los 4 casos, 3 de ellos fueron varones. Respecto a la edad, 3 eran menores de 2 años y uno en edad escolar. En todos, la duración de la tortícolis fue superior a 7 días; presentando 3 de ellos síntomas y signos constitucionales y/o neurológicos (astenia, pérdida de peso, fiebre intermitente, vómitos, signos de hipertensión intracraneal, estrabismo). Ante la persistencia de la tortícolis y los síntomas asociados, se solicitaron en urgencias pruebas de imagen. En 2 de los casos que presentaban síntomas constitucionales y/o neurológicos se solicitó TAC craneal, objetivándose lesiones intracraneales con diagnósticos finales, tras estudio exhaustivo, de meduloblastoma e histiocitosis de células de Langerhans. En el resto se realizó inicialmente radiografía cervical sin hallazgos de interés, ampliándose estudio durante el ingreso con RMN que contribuyó al diagnóstico de espondilodiscitis y aportó información en el caso cuyo diagnóstico final, tras estudio exhaustivo, fue de artritis idiopática juvenil. Como conclusión, queremos recalcar la importancia de la tortícolis como manifestación de patologías subyacentes más graves. Es fundamental la detección de síntomas o signos de alarma en AP, como primer nivel de atención de nuestro sistema de salud, para derivar de manera urgente al hospital; o en el caso de tortícolis aislada, recomendar tratamiento sintomático y continuar su seguimiento en consultas de primaria para ver su evolución.

P-075

A VECES TODO LO QUE PARECE ES. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DEL GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO

Chamorro Vera, A.; Márquez Isidro, E.; Arroyo Carrera, I.; Fernández Smersu, N.; Gallego Cortes, J.; Ulecia Cantero, R.; Martínez García, A.; Macías López, N.; Begines Tirado, M.
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Introducción: El glaucoma congénito primario (GCP), es una entidad infrecuente y difícil de diagnosticar. Presentamos el caso de una paciente con GCP detectado en las primeras horas de vida. **Anamnesis:** Recién nacida de 18 horas de vida, sin antecedentes perinatales de interés. Padre con glaucoma congénito bilateral. No otros familiares con misma patología. En la exploración inicial del recién nacido sano se objetiva patología ocular, por lo que se decide ingreso para estudio. **Exploración clínica:** A la exploración ocular megalocórnea bilateral, impresionando de opacificación corneal de ambos ojos (turbidez ocular). Resto de exploración física completa normal. Ante estos hallazgos se contacta con oftalmología para valoración de la paciente. En la exploración realizada por oftalmología destaca: Anisocoria con pupilas verticalizadas. Ojo derecho midriático que reacciona de

forma Perezosa. Ojo izquierdo con pupila verticalizada y buenos reflejos. Exotropía más acusada en ojo derecho. Megalocórneas 10-11 mm diámetro horizontal. Edema corneal pancorneal 2-3+. Cámara anterior ligeramente estrecha. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras diagnóstico de GCP bilateral, se inicia tratamiento tópico con pilocarpina, timolol y latanoprost y se programa trabeculectomía bilateral, que se realiza a los 9 días de vida en centro especializado. **Conclusiones:** El GCP es causado por un desarrollo fetal anormal de las estructuras angulares, lo que conduce a un deficiente drenaje del humor acuoso y a un aumento de la presión intraocular. Generalmente se presenta de forma esporádica, aunque un pequeño porcentaje muestra un patrón recesivo con penetrancia variable. Es bilateral hasta en el 70% de los casos, haciendo así más difícil aún su diagnóstico, puesto que en los casos unilaterales pequeñas diferencias en el diámetro corneal se detectan fácilmente con la inspección. La inespecificidad de la clínica hace que una exploración ocular minuciosa sea muy importante para el diagnóstico precoz, puesto que de esto depende el pronóstico visual del niño.

P-076

ABSCESO MAMARIO COMO COMPLICACIÓN DE MASTITIS NEONATAL

Iniesta González, S.; Pérez Sanz, T.; Moreno Palomino, Á.; Bernabéu Sendra, J.; Badenes Mechó, A.; Barrachina Jordá, L.; Maragat Idarraga, Ú.; Asensi Monzón, M.T.
Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

Anamnesis: Lactante mujer de 20 días de vida, nacida a término con perinatal sin incidencias. Lactancia materna exclusiva. Presenta tumefacción con signos inflamatorios de mama derecha desde hace 48 horas, afebril. Acude al servicio de Atención Primaria e inicia tratamiento vía oral con Amoxicilina-Clavulánico. Ante empeoramiento, acuden a Puertas de Urgencias. **Exploración clínica:** Constantes normales, apirética. Buen estado general. Lesión tumoral de 1,5 × 1,5 cm, dura a la palpación con signos inflamatorios locales, que impresiona de absceso mamario. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A su ingreso, se realiza análisis donde se aprecia leucocitosis sin elevación de reactantes de fase aguda, e inicia tratamiento intravenoso con Cefotaxima a 150 mg/kg/día. No mejoría tras 24 horas de tratamiento. Se realiza ecografía mamaria que confirma absceso de 1,4 mm × 1,5 mm, drenado por Cirugía pediátrica sin incidencias. Se toma muestra para cultivo, aislándose *Staphylococo Aureus* no meticilín resistente, suspendiéndose Cefotaxima y manteniéndose Cloxaciclina intravenosa 8 días. Se realiza mechado y cura diaria en UCI bajo sedación. **Diagnóstico:** Absceso mamario derecho por *Staphylococo Aureus*. **Conclusiones:** - La mastitis neonatal es una entidad poco frecuente. Afecta a niños nacidos a término, siendo más frecuente en varones. - Edad de aparición entre 15-45 días, siendo el germen más frecuente *Staphylococo Aureus*. - Clínicamente presenta una tumoración eritematosa a nivel mamario, dolorosa y con aumento de la temperatura local. - Los neonatos suelen mostrar buen estado general, aunque a veces presentan fiebre y formación de absceso. - Importante diagnóstico diferencial con hipertrofia mamaria fisiológica, becegeítis, forúnculo, piomiositis y fascitis necrotizante. - El tratamiento se basa en antibiótico sistémico, si asocia absceso requiere drenaje quirúrgico. Importancia de la vía intravenosa porque en neonatos la absorción de drogas y la farmacocinética

está alterada, y enlentecido el vaciamiento gástrico, por lo que la vía oral no es completamente eficaz.

P-077

AGENESIA DEL DUCTUS VENOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reques Cosme, R.; Galindo Doncel, G.; Ramón Gutiérrez, S.; Tornos Fiter, B.; Fernández Bravo, S.; Mesa Del Castillo Payá, M.; Hernández Villarroel, A.C.; Blumenfeld Olivares, J.A.; Gallego Fernández, C.S.; Ruiz Díaz, A.I.
Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Anamnesis: Neonato varón. Embarazo controlado, curso normal. Serologías TORCH: Toxoplasma inmune, resto negativas. Ecografías prenatales: agenesia del ductus venoso, sin visualizar patología cardíaca ni signos de insuficiencia, drenaje intrahepático en un 60%. Neurosonografía normal. No realizado estudio genético por decisión familiar. No se ha realizado ecocardiografía fetal por no acudir a citas. Bajo riesgo de cromosopatías. Exudado anovaginal desconocido para SGB (profilaxis completa). Parto eutócico, a las 37 semanas, presentación cefálica, Apgar 9/10, no precisa reanimación. Amniorraxis 24 horas antes del parto con líquido claro. Periodo inmediato postnatal y perinatal sin incidencias. **Exploración clínica:** Constantes normales. Peso, talla y perímetro craneal en percentiles normales. Fenotipo normal. Auscultación cardíaca sin soplos. No cianosis ni dificultad respiratoria. No edemas. Pulsos periféricos presentes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ecocardiografía postnatal: estudio cardiológico normal para su edad, foramen oval permeable, estenosis fisiológica de rama pulmonar izquierda. Ecografía transfontanelar y abdominal: Sin alteraciones. **Conclusiones:** El ductus venoso es un shunt que permite el paso de sangre oxigenada de la vena umbilical hacia la circulación coronaria y cerebral. Su agenesia se asocia con defectos cromosómicos, síndromes genéticos, defectos estructurales y complicaciones prenatales como crecimiento intrauterino retardado y muerte fetal. Se trata de una rara anomalía con una prevalencia de hasta 6/1000 exploraciones y una tasa de malformaciones asociadas muy variable (25-65). Como hallazgo aislado se presenta en sólo el 35-60% de las ocasiones con pronóstico marcadamente más favorable con un 80-100% de fetos con evolución normal. Cuando el ductus está ausente, la vena umbilical puede drenar directamente a la circulación periférica, a la aurícula derecha o al seno coronario (drenaje extrahepático), el cual tiene mayor riesgo de producir insuficiencia cardíaca y de asociarse a otras anomalías; o puede existir conexión con la circulación hepática (drenaje intrahepático). El shunt intrahepático, con drenaje al seno portal, tiene mejor evolución.

P-078

ALIMENTACIÓN EN RECIÉN NACIDO SANO: ANÁLISIS DE PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA

Flores, B.; Román, A.; Salamanca, C.; González, C.; Jiménez, P.; Badallo, L. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Objetivo: Analizar los posibles factores e identificar puntos de mejora que puedan influir sobre el establecimiento de la lactancia materna exclusiva (LME). **Material y Método:** - Estudio observacional de prevalencia y analítico de cohortes, retros-

pectivo, mediante revisión de historias clínicas y seguimiento telefónico. - Selección de recién nacidos (RN) que ingresan en Maternidad entre el 01/01/21 al 31/01/21. Tamaño muestral de 117 (46 excluidos). - Análisis de variables relacionadas con los cuidados al nacimiento del RN y registro continuado de la alimentación según las recomendaciones de la OMS. **Resultados:** - Todos son RN a término (39 semanas y 3.578 g de media), 74% partos eutócicos. - Tasa de contacto piel con piel 72,6%. Tasa de lactancia al alta: LME 56,4%, mixta 29,05%, artificial 14,5%. Tasa de LME al mes 53,8% y a los tres meses 39,3%. El 49% de las madres habían dado previamente LM. El 17,3% reciben asesoramiento profesional. El 11% no tenían intención de LM. - Entre las madres que tienen intención de LM, el 16,34% reciben formación en LM antes del parto y el 16,34% tras el parto. El 73% realizan piel con piel, el 91% hacen la primera toma con LM y el 60% reciben suplementación con fórmula. Tasa de LME: al alta 62,5%, al mes 60,5% y a los 3 meses de vida 44,3%. **Conclusiones:** - El contacto piel con piel, realizar la primera toma al pecho, la supervisión de la LM por profesionales así como la educación prenatal, parecen influir en conseguir una LM exitosa. - Identificamos como puntos de mejora el aumento de la tasa de LME al alta y la tasa de contacto piel con piel, así como evitar la suplementación en casos no justificados. Proponemos la intensificación de la educación y apoyo profesional a la LM.

P-079

LESIONES AMPOLLOSAS CONGÉNITAS, UN RETO DIAGNÓSTICO

Varela Pájaro, C.; Vázquez Osorio, I.; Dorado López, P.; Redondo Cervantes, V.; Rivas Oural, A.; García Fernández, R.; Company Arciniegas, L.C.; Mandiá Rodríguez, N.; López Sanguos, C.; Pérez Muñuzuri, A. - Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Recién nacido con lesiones ampollas presentes al nacimiento, con afectación de palmas y plantas, respetando mucosas. El control del embarazo había sido adecuado, con serologías y ecografías normales. **Exploración clínica:** Al nacimiento presenta lesiones cutáneas de base eritematosa y borde perlado, otras ampollas de contenido hemorrágico a nivel de tronco, cara y extremidades con compromiso de palmas y plantas. Otras lesiones maculares de base eritematosa que no desaparecen a la digitopresión y de predominio en tronco de manera dispersa. Nikolski negativo. A lo largo del seguimiento autoinvolucionan progresivamente. Valorado en Consultas de Dermatología a los 6 meses de edad, con desaparición de las lesiones previas, apareciendo en su lugar quistes de milium y lesiones cicatriciales residuales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se decide ingreso al nacimiento en unidad de Neonatología para completar estudio y tratamiento empírico con ampicilina, gentamicina, cloxacilina y aciclovir. Se recogen muestras para estudio microbiológico, descartando infección por VHS y VVZ, además de realizar biopsia cutánea, observando en la histología una población de células de Langerhans. Ante este hallazgo se completa estudio con radiografía de tórax, serie ósea y ecografía abdominal sin hallazgos destacables; además de analítica sanguínea normal, por lo que se establece diagnóstico de sospecha de reticulohistiocitosis autoinvolutiva congénita. **Conclusiones:** La reticulohistiocitosis autoinvolutiva congénita es una variante benigna de la histiocitosis congénita de células

de Langerhans, explicada por la inactividad de las mismas. Dicha entidad es benigna dada la ausencia de afectación sistémica y se considera una enfermedad rara, además de infradiagnosticada por la necesidad de un alto índice de sospecha. Sus características principales son la aparición de lesiones al nacimiento, sin presentar clínica extracutánea ni afectar a mucosas junto con una regresión espontánea; además en la histología presenta células de Langerhans (S-100+) con gránulos de Birbeck.

P-080

REVISIÓN DE CASOS DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cantos Masa, P.; Flores Méndez, B.; León Carretero, S.; Bardallo, L. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: Las malformaciones congénitas (MC), se deben a alteraciones en el desarrollo morfológico, estructural, funcional, o molecular del embrión. Sus repercusiones pueden ser estéticas y funcionales con secuelas en algunos casos transitorias o permanentes. El objetivo de esta revisión es conocer su incidencia, tipos, y de ellas cuantas fueron manejadas de forma exclusiva en Atención Primaria (AP) al alta hospitalaria. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Siendo la población los recién nacidos (RN) nacidos en el año 2020 (n= 2.256) en un hospital de tercer nivel. Las variables principales fueron tipo malformación y se clasificaron según aparatos. Se recogieron además si presentaban o no antecedentes familiares, y/o diagnóstico prenatal, así como edad gestacional, tipo de parto, necesidad de ingreso o prolongación del mismo a causa de la malformación y si presentaron o no seguimiento exclusivo en AP tras el alta. **Resultados:** De los 2256 recién nacidos en 2020, 118 tuvieron alguna malformación (5,5%). Las MC más frecuentes fueron las dermatológicas (40,6%) y dentro de ellas los angiomas, seguidas de las genitourinarias (23,7%) y dentro de ellas las dilataciones piélicas y las cardíacas (9,3%). El 2,5% tenía antecedentes familiares y en el 20,4% se había detectado la MC de forma prenatal. El 4,2% de las MC precisó ingreso o prolongación del mismo debido a la MC y el 51,7% fue seguido exclusivamente en AP tras el alta (dermatológicas y genitourinarias). **Conclusiones:** Más de la mitad de las MC presentaron seguimiento exclusivo desde AP. Es esencial un adecuado conocimiento de las MC más frecuentes, cómo los angiomas y las dilataciones piélicas, para un adecuado manejo. Así como de la MC más complejas (cómo cardiopatías o síndromes) donde el seguimiento debe ser multidisciplinar siendo esencial la intervención desde AP.

P-081

TAQUIPNEA PERSISTENTE EN TODO RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

Egea Giménez, M.L.; Aguilera Rodríguez, E.; Jiménez Nogueira, E.; Guzmán Vizcaino, M.M.; Machi Castañer, I.; Baamonde Andrade, A. - Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: El distrés respiratorio neonatal es una patología común. Suele tratarse de una situación transitoria, típicamente ligada a una anormal función respiratoria durante el periodo de transición fetal-neonatal. Las tres entidades más frecuentes son la taquipnea transitoria, el síndrome de distrés respiratorio y la hipertensión pulmonar persistente. Ante per-

sistencia de dicho distrés será preciso ampliar el diagnóstico diferencial a otros cuadros clínicos. **Caso clínico:** Recién nacido a término de adecuado peso para la edad gestacional que ingresa por distrés respiratorio iniciado en la primera hora de vida. Como antecedentes: parto vaginal eutócico, apgar 6/10/10, estreptoco del grupo B positivo. A la exploración destaca tiraje con taquipnea (Silverman 4 puntos), crepitantes y saturación 86% a FiO₂ ambiental. Prueba de hiperoxia positiva. Inicia soporte respiratorio con oxigenoterapia en cánulas nasales a alto flujo. A su ingreso se realiza analítica sin elevación de reactantes de fase aguda y hemocultivo negativo. Radiografía de tórax sin alteraciones significativas. Tras 72 horas mejoría clínica pero persiste necesidad de dicho soporte por lo que se amplía estudio. Ecocardiografía normal y ecografía pulmonar destacando imágenes lineales aisladas con reverberación desde línea pleural. Estudio de inmunidad normal. A los 10 días de vida el paciente continúa con taquipnea y saturación de 90% sin soporte respiratorio. Se solicita TAC pulmonar, muestra áreas parcheadas de vidrio deslustrado de predominio parahiliar y posterobasal izquierdo. Ante la alta sospecha de enfermedad intersticial, se solicita estudio genético y se decide inicio de tratamiento empírico con metilprednisolona y azitromicina. **Conclusiones:** La presencia de taquipnea persistente en un recién nacido a término requiere realizar un diagnóstico diferencial amplio, descartando causas cardíacas, infecciosas, inmunológicas y pulmonares crónicas. Las enfermedades pulmonares intersticiales son un grupo de enfermedades raras, que deben sospecharse ante distrés persistente en el primer año de vida y precisan de un diagnóstico de exclusión.

P-082

TERATOMA SACROCOCCÍCEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aviño Llácer, A.; Beltrán García, S.; García Henarejos, M.; Martínez Bayo, Á.; Porcar Lozano, S.; Olmos García, J.M.; Pareja Marín, F. - Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

Introducción: El teratoma sacrococcígeo, aunque raro, es la neoplasia más frecuente en el feto y recién nacido. Es, generalmente, de naturaleza benigna, aunque puede desencadenar complicaciones durante el periodo perinatal. Los controles ecográficos prenatales permiten el diagnóstico intrauterino y una pronta estratificación del pronóstico de la lesión. **Caso clínico:** Recién nacida a término con peso adecuado al nacimiento (3.090 g) en la que en ecografías prenatales se identifica tumoración a nivel coccígeo, confirmada en RM fetal, objetivándose teratoma de características quística sin aparente extensión a canal raquídeo. Al nacimiento se objetiva masa en región sacra de 3,5 × 4 cm, consistencia blanda, no adherida a planos, que asocia vello supraleisional, sin fístulas visibles a nivel cutáneo y ano ligeramente desplazado hacia anterior. No otras malformaciones aparentes. Alfa-feto-proteína muy elevada (24.282 UI/ml). Se traslada a hospital de referencia, realizando RM lumbosacra que localiza la lesión a la derecha de las vértebras sacras, en contacto íntimo con recto y sección anal a los que desplaza levemente hacia delante. Se practica exéresis total de la tumoración. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de teratoma congénito sacrococcígeo, el cual está compuesto por tejido derivado de las 3 líneas germinales. La paciente presenta evolución favorable, en controles evolutivos posteriores se objetiva descenso progresivo de la alfa-feto-proteína. **Conclusión:**

- Aunque los teratomas son entidades de rara aparición suponen la neoplasia más frecuente en el periodo perinatal. - La elevación de alfa-feto-proteína ante la presencia de una tumoración en neonato es altamente sugestiva de un teratoma. - Generalmente presentan una historia evolutiva benigna presentan riesgo de malignización. - La exéresis quirúrgica es de elección tanto para el diagnóstico anatomopatológico definitivo como para la corrección de los defectos estéticos que causa la tumoración.

P-083

TODO DE NOVO, MENOS LA HEMOFILIA

Huercio Puentes, M.M.; Ripoll Trujillo, N.
ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa - Fundació Privada, Manresa, España

Lactante de 2 meses que acude a revisión ambulatoria. Antecedentes familiares: madre portadora de hemofilia tipo B, hermano mayor con hemofilia tipo B forma leve. **Antecedentes perinatológicos:** Embarazo controlado destacando diagnóstico prenatal de hemofilia tipo B y ecografías prenatales con detección de quiste renal derecho, edema nucal, genitales ambiguos, líquido amniótico en límite alto, FOCI izquierdo y comunicación interventricular muscular. Parto eutócico a término. En primera exploración tras el nacimiento se detecta malformación anorrectal con ano imperforado y fístula perineal. Se realiza intervención quirúrgica, sin incidencias. En la exploración física en el centro de salud destaca frente amplia; puente nasal deprimido; hipertelorismo; retrognacia; pabellones auriculares en copa, rotados, de implantación baja, con lóbulo simplificado; apéndice preauricular izquierdo; mancha blanca en iris izquierdo; mácula hiperpigmentada en muslo izquierdo; pliegue transversal en plantas de pies; hipospadismo con meato centrado y escroto bífido, y cicatriz de intervención anorrectal. Soplo cardíaco I-II/VI de características fisiológicas. Resto dentro de la normalidad. Dadas las características fenotípicas y la malformación anorrectal se completa estudio con ecocardiografía presentando comunicación interventricular muscular; ecografía abdominal, transfontanelar, lumbosacra y estudio óseo radiológico sin alteraciones; fondo de ojo, potenciales auditivos y potenciales visuales normales. Estudio genético de exoma detecta que es portador heterocigoto del cambio patogénico en el gen SALL1 compatible con el síndrome de Townes-Brocks. El estudio de progenitores indica que se trata de una variante de novo. **Conclusiones:** El Síndrome Townes-Brocks es una enfermedad de herencia autosómica dominante con penetrancia completa y expresividad variable (50% de casos de novo). Hay tres signos principales: defectos anales, malformación de los pabellones auriculares y anomalías de los dedos. Puede asociar pérdida de audición, alteraciones en los pies, malformaciones cardíacas y genitourinarias (con insuficiencia renal). La prevalencia es desconocida. Precisan controles periódicos, cirugía correctora de las malformaciones y asesoramiento genético.

P-084

TUMORACIÓN EN ZONA SUPRACILIAR DE UN RECIÉN NACIDO, ¿QUÉ LE PASA A MI HIJO?

Vecchi Burastero, M.¹; Alonso Montejo, M.M.¹; Sánchez Moreno, P.². - ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud Cisneo Alto, Sevilla, España

Anamnesis: Neonato de 15 días que acude a primera revisión de salud presentando pequeña tumoración supraciliar derecha. No estaba presente al nacimiento y ha ido aumentando de tamaño. Afebril. Niegan irritabilidad u otra sintomatología. Antecedentes personales: displasia de cadera derecha, gestación a término, parto eutócico. Sin antecedentes familiares de interés. **Exploración clínica:** Presenta buen estado general. Se observa en región supraciliar lateral derecha, nódulo de 1 cm de diámetro aproximadamente, indurado, móvil, y liso. No impresiona doloroso a la palpación. Piel suprayacente normal. No otros bultos ni hallazgos a otros niveles. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía de la lesión que informan como: “imagen ecolúcida a nivel del tejido celular subcutáneo, de contornos bien definidos, de $9,8 \times 5$ mm, avascular, sin invasión de tejidos circundantes”. Se confirma así el principal diagnóstico de sospecha: quiste dermoide de cola de ceja. Se explica a los padres benignidad de la lesión y se consensúa actitud expectante, informando de la posibilidad de exéresis programada en un futuro si la lesión aumentara significativamente de tamaño. En el seguimiento de salud del mes de vida la lesión ha disminuido de tamaño, desapareciendo completamente en semanas. **Conclusiones:** - El quiste en cola de ceja es una lesión benigna de crecimiento lento. - La localización más frecuente es en el cuadrante superotemporal de la órbita. - Suelen ser asintomáticos, aunque los de gran tamaño pueden provocar proptosis o diplopia. - Aunque el diagnóstico es clínico se recomienda realización de ecografía de partes blandas que lo confirme. - El tratamiento consiste en la exéresis completa de la lesión. No obstante, puede reabsorberse como fue el caso de este paciente. - Se trata de una patología banal, en la que con la realización de pruebas complementarias dirigidas desde Atención Primaria pueden evitarse consultas innecesarias a atención especializada o servicios de urgencias.

P-085

ALFA-MOV: LA APLICACIÓN PARA EVALUAR DE FORMA SENCILLA LA COMPETENCIA MOTRIZ DE ESCOLARES: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Carballo Fazanes, A.¹; Abelairas Gómez, C.¹; Rey, E.²; Varela Casal, C.²; Rodríguez Núñez, A.³.

¹Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España;

²Universidade de Vigo, Pontevedra, España; ³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Introducción y objetivo: La evaluación del grado de desarrollo de las habilidades motrices básicas (HMB), consideradas como “pilares del movimiento”, es esencial debido al deterioro de la competencia motriz que están sufriendo las nuevas generaciones a causa de los hábitos más sedentarios. Estas habilidades se dividen en Locomotrices, Manipulativas y de Estabilidad y, dado que su desarrollo ocurre en la primera infancia, parece fundamental una evaluación sistemática que permita una intervención temprana cuando fuese necesario. Se ha desarrollado la app AlfaMov para facilitar dicha evaluación por parte de profesionales de la pediatría y educadores, siendo un requisito previo el análisis de su fiabilidad, el objetivo del presente estudio es examinar su fiabilidad inter- e intra-observador. **Material y métodos:** La competencia motriz de 90 escolares sanos entre 6-12 años (50% niñas; $9,2 \pm 1,7$ años) que asistieron a un colegio público de Santiago de Compostela durante el curso 2020-

2021 ha sido evaluada por tres observadores (dos enfermeras y un licenciado en ciencias de la actividad física y el deporte). Mediante evaluaciones independientes, los observadores utilizaron AlfaMov para puntuar el grado de desarrollo de 22 HMB a través de vídeos previamente grabados, para posteriormente realizar un análisis de fiabilidad inter- e intra-observador utilizando el Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC). **Resultados y conclusión esperados:** Se espera una fiabilidad intra-observador de buena a excelente (ICC entre 0,75-1,00) y una fiabilidad inter-observador de moderada a excelente (ICC entre 0,50-1,00) para la puntuación de la subescala locomotriz, manipulativa y de estabilidad y puntuación total de competencia motriz. Este pronóstico se considera en base a la evidencia previa publicada con baterías similares. De confirmarse la fiabilidad, cuyos resultados se presentarán in situ en el congreso, AlfaMov podría incorporarse a las consultas de pediatría para la valoración de la competencia motriz.

P-086

MALTRATO INFANTIL: SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Quintana Cepedal, I.¹; Azcunaga Santibáñez, B.²; Rey García, S.M.¹. - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Hospital de Cruces, Barakaldo, España

Objetivo: Revisar las lesiones y situaciones que hacen sospechar un caso de maltrato, así como sus diagnósticos diferenciales. **Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática en la base de datos PubMed de los distintos términos relacionados con el maltrato infantil. Tras cribar por título y resumen se seleccionaron 59 artículos. **Resultados:** Se considera maltrato aquella situación que puede causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del menor cuando es llevada a cabo por alguien con responsabilidad o poder sobre el niño, o en quien éste confía. Se divide en maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual y negligencia. Los pediatras, por el contacto periódico con los pacientes y sus familias, y la capacidad de explorarlos, son buenos candidatos a detectar estas situaciones, debiendo tener un alto índice de sospecha. **Conclusiones:** Todos los tipos de maltrato presentan manifestaciones muy variables y en ocasiones muy inespecíficas, lo que obliga a tener en cuenta las patologías que pueden simular maltrato para descartarlas antes de decantarnos por este diagnóstico. La incapacidad de los niños para comunicarse antes de cierta edad, junto al hecho de que el maltrato suele tener lugar en el ámbito íntimo y por personas en quienes el menor confía, hacen de éste un problema infradiagnosticado. Se debe proceder siempre con cautela dado que un error en el diagnóstico tiene consecuencias no sólo médicas, sino también legales y sociales.

P-087

ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS: PRESCRIPCIÓN Y PRÁCTICA

Rico Díaz, J.¹; Santos Miranda, E.²; Gómez Silva, G.³; Sobrino Fernández, M.E.³.

¹Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España;

²Centro de Saúde de Vedra, Vedra, España; ³Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Objeto de trabajo: El proceso de hospitalización pediátrico implica una experiencia estresante tanto para el niño/a como su familia, en algunos casos debido a la limitación de la actividad física habitual que venían realizando en su domicilio y a la aparición de problemas concomitantes derivados de la inmovilización. Existen evidencias que manifiestan que la realización de actividad física durante la hospitalización favorece el bienestar psicológico del paciente y acelera la recuperación clínica. **Objetivos:** Conocer si los profesionales sanitarios implicados en la atención del niño hospitalizado prescriben actividad física y la importancia que aquellos le dan a esta durante la hospitalización infantil. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, realizado a través de un cuestionario online estructurado, que preguntaba a profesionales mencionados sobre aspectos relacionados con la práctica de actividad física en los niños hospitalizados y su prescripción actual. **Resultados:** La muestra final la conformaron 126 profesionales sanitarios. Un 48,4% de los encuestados no prescribe actividad física por escrito en sus informes, siendo la indicación mayoritariamente verbal (60,31%). El 52% de los pacientes pediátricos a su cargo no realizan ningún tipo de actividad física durante la hospitalización. A su vez, el 96% de los encuestados creen que sí se debería prescribir actividad física durante el ingreso y un 91,2% opina que debería de haber coordinación con los centros educativos para la realización de actividad física durante y con posterioridad a la hospitalización. **Conclusiones:** La práctica y prescripción de actividad física en el niño hospitalizado es menor que la que los profesionales creen que se debería realizar. Es preciso indagar en las razones por las cuales no se prescribe ni realiza actividad física durante la hospitalización y las posibles soluciones para fomentar su práctica. Los profesionales debemos incrementar la prescripción de actividad física en los niños hospitalizados, incorporándola a nuestro “recetario” habitual.

P-088

CASO ÍNDICE: LACTANTE CON DESCAMACIÓN GENERALIZADA

López Barea, I.¹; Márquez Caballero, J.¹; Sánchez De Puerta Laguna, C.¹; Coronel Rodríguez, C.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante varón de 4 meses que desde los primeros días de vida presenta xerosis cutánea y descamación generalizada con empeoramiento progresivo. Antecedentes personales: embarazo gemelar, parto inducido a término con muerte de hermana intraútero (autopsia sin diagnóstico). No otras incidencias obstétricas ni perinatales. Revisiones de programa de salud infantil sin otros hallazgos a destacar. Antecedentes familiares: Varios tíos abuelos y tío materno con descamación cutánea similar. Hermano mayor varón con dermatitis atópica. Padre intervenido de melanoma. **Exploración clínica:** Eccemas generalizados, destacando en pliegues poplíteos, axilares, cuello e inguinales. Costra láctea marcada con descamación en cejas, mejillas y retroauricular. Xerosis cutánea. No otros hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inicia corticoide tópico en eccemas y se deriva para valoración dermatológica. Resueltos los eccemas, pero persistiendo lesiones escamosas en piernas, se establece diagnóstico de sospecha de ictiosis recesiva ligada al X versus ictiosis vulgar (herencia autosó-

mica dominante con penetrancia incompleta). Se realiza biopsia cutánea, que apoya el primer diagnóstico (hiperqueratosis y discreta acantosis con capa granulosa de apariencia normal). En tratamiento con emolientes y queratolíticos tópicos, el paciente presenta buen control de su enfermedad y buena calidad de vida. **Conclusiones:** Las ictiosis hereditarias son un grupo de trastornos genéticos de la cornificación que se caracterizan por presentar hiperqueratosis y/o descamación. Según su patrón de herencia y su compromiso extracutáneo, pueden diferenciarse varios tipos. En el caso que se describe, la anatomía patológica terminó de dilucidar el diagnóstico (en la ictiosis vulgar el estrato granuloso está disminuido o ausente). Los antecedentes familiares cobran especial importancia en el diagnóstico de las enfermedades que acontecen en los primeros meses o años de la vida. Ante sospecha de origen genético, es útil establecer el patrón de herencia familiar.

P-089

DERMATITIS ANULAR LIQUENOIDE INFANTIL, UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA

Brotons Cuixart, V.; Piñol Romero, S.; Benito Brunet, B.; Estatuet Marcet, M.; Pérez Moreno, R.; Liaño Jurado, M.J.
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

Anamnesis: Adolescente de 13 años obesa con lesiones cutáneas recurrentes, algunas pustulosas, en brazo, pecho y muslo izquierdo los últimos 4 meses que han requerido antibioterapia en 3 ocasiones, actualmente tienen una semana de duración. **Exploración clínica:** Máculas hiperpigmentadas con micro pápulas y centro hipopigmentado en los 2 brazos diagnosticada inicialmente como erisipela y lesiones de hidradenitis supurativa en pubis y brazos. **Procedimientos diagnósticos:** Dada la evolución tórpida de la dermatosis en el seguimiento realizado en el centro de atención primaria donde se inició antibioterapia oral, cefadroxilo y posteriormente amoxicilina-clavulánico, se realiza analítica sanguínea con estudio inmunológico (hemograma e inmunoglobulinas) que es normal y se deriva a dermatología. **Procedimientos terapéuticos:** Dermatología diagnóstica de Hidradenitis Hurley tipo II y dermatitis liquenoide anular infantil iniciando tratamiento con Betametasona crema en las lesiones liquenoides y clindamicina tópica y oral para la hidradenitis durante 3 meses con control posterior. La evolución de las lesiones es muy favorable. **Conclusiones:** Ciñéndonos a la dermatitis liquenoide anular infantil por ser una dermatosis inflamatoria mucho más infrecuente que la hidradenitis, se trata de una patología de etiopatogenia desconocida y predominio en niños y adolescentes del área mediterránea. Clínicamente se presenta en forma de máculas y placas anulares rojizas-marrones con centro hipopigmentado de predominio en abdomen, flancos y región inguinal y axilar cercanas a los pliegues. Presenta una histopatología muy característica consistente en dermatitis de interfase liquenoide con apoptosis extensa en las bases de la red de crestas epidérmicas con vacuolización de la membrana basal. Aunque es una entidad benigna que puede ser asintomática o causar prurito leve presenta un curso crónico con recidivas frecuentes. Suele regresar espontáneamente o tras tratamiento con corticoides tópicos, sistémicos o fototerapia y se recomienda seguimiento por su similitud clínica e histopatológica con la mucosis fungoide, linfoma primario cutáneo de células T más frecuente.

P-090

DERMATOSIS FACTICIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Molina Romero, J.¹; Gómez Hernando, V.²;
De La Rosa Mordán, Y.²; Mestre De Juan, M.²;
Moreno Romero, C.M.³.

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España;

²Centro de Salud Los Alperchines, Madrid, España;

³Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

Anamnesis: Varón de 11 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude por aparición de lesión peribucal hace unas horas. No presenta prurito ni dolor en la zona. No otras lesiones similares en el cuerpo. Tras interrogarlo, y dadas las características de la lesión, reconoce haber realizado succiones con un vaso en la zona de la barbilla, a modo de juego con los amigos. **Exploración clínica:** Lesión circular eritematosa, con petequias en su interior y ligeramente edematosa, en la región peribucal y barbilla. Límites claramente definidos dibujando un círculo, lo que orienta a un cuadro autoprovocado por el paciente. Resto de exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Diagnóstico clínico de dermatosis facticia. No precisa tratamiento ni seguimiento. **Conclusiones:** El concepto de dermatosis facticia engloba cualquier lesión en la piel, siendo las más frecuentes las excoriaciones, producidas voluntaria o involuntariamente por el propio paciente, que niega habérselas realizado a sí mismo. Tiene predominio en el sexo femenino, suele asociar un diagnóstico psiquiátrico subyacente, y es raro verla en niños. Pese a que en este caso el paciente reconoce la autoría, es fundamental que el pediatra de atención primaria tenga en cuenta la dermatosis facticia ante la presencia de lesiones que no se corresponden con ninguna patología conocida, con bordes bien definidos, que reproducen objetos, o que respondan mal e incluso empeoren pese al tratamiento. Saber reconocer esta patología puede ayudar no solo a encontrar un diagnóstico psiquiátrico subyacente, sino también a descartar otras situaciones como el maltrato.

P-091

DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓICA

Gil-Calderón, F.J.; Pérez Arnaiz, L.; Calleja Ibáñez, M.;
Barbadillo Mariscal, B.; Gonzalo San Esteban, A.;
Mañaricua Arnaiz, A.; López Salas, E.; Elvira Pardilla, A.I.
Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Se presenta el caso de un niño de 3 años con diagnóstico genético de displasia ectodérmica hipohidróica (DEH) en seguimiento por Pediatría, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía Maxilofacial y Dermatología. Al nacimiento presentaba fenotipo característico con cejas y pestañas poco pobladas, nariz pequeña con narinas antevertidas, labios gruesos, mentón prominente, llamativa descamación cutánea y numerosos pliegues en párpados. Ante las alteraciones presentes en la exploración se realizó estudio genético, encontrando una delección en el exón 1 del gen EDA, asociada a DEH ligada al X. Se realizó estudio genético en padres, resultando el padre sano y la madre portadora. En los primeros seis meses fueron reduciéndose los signos cutáneos, persistiendo la escasez de cabello y detectándose hipohidrosis según los padres. A los 3 años persiste la clínica cutánea y presenta ausencia de dentición. Mantiene seguimiento en las cinco especialidades, sin intervención por ninguna de ellas en

el momento actual. Tratamiento sintomático con hidratación cutánea. **Conclusiones:** La DEH encaja dentro de las displasias ectodérmicas, un grupo heterógeno de cerca de 100 enfermedades hereditarias caracterizadas por anomalías en al menos dos estructuras derivadas del ectodermo embrionario (piel, dentición, SNC, oído interno, retina...). Su incidencia estimada es de 1-2 casos por cada 10.000 recién nacidos, y al estar ligada al X aparece más frecuentemente en varones. Se caracteriza por hipotricosis, hipohidrosis e hipodontia, estando presentes las tres características en nuestro paciente. El cabello es fino, escasamente pigmentado y de lento crecimiento. La sudoración es escasa, pudiendo producirse por ello episodios de hipertermia. Respecto a la dentición, solo se aparecen algunos dientes y a una edad más avanzada de lo usual. El tratamiento, como en el caso de nuestro paciente, es sintomático en función de las manifestaciones que presente.

P-092

GEN ACAN COMO CAUSA MONOGENICA DE TALLA BAJA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Romero De La Rosa, I.M.; De La Cámara Moraño, C.;
Ariza Jiménez, A.B.; Palomino Fernández, L.;
De León, N.V.; Parra Martínez, G.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Anamnesis: Niña de 14 años en seguimiento en la consulta de Endocrinología pediátrica desde los 10 por talla baja familiar. Refería dolores óseos migratorios en cuello, espalda y ambas rodillas. **Antecedentes personales:** embarazo controlado y normoevolutivo. Cesárea por no progresión a las 40 semanas. Somatometría: Peso: 2.560 g (p3, 1,93DE), Longitud: 43,5 cm (p<1, -3,8 DE). Menarquia: 12 años. No alergias medicamentosas. No enfermedades ni intervenciones quirúrgicas de interés. Calendario vacunal completo. **Antecedentes familiares:** Talla madre: 150 cm (p<1, 2,36 DE), Talla padre: 151 cm (p<1, -4,13 DE). Talla diana: 144 +/- 5 cm (p<1, -3,37 DE). **Exploración física:** Peso: 47,9 kg (p35, -0,39 DE), Talla: 133,3 cm (p<1, -4,01 DE), VC: 2,9 cm/año (p31, -0,5DE). Braza: 133,5 cm. Talla sentado: 73,4 cm ratio: 0,551 (p71, 0,56DE). Tanner IV. Hiperlordosis lumbar y escoliosis con giba torácica izquierda en test de Adams. **Pruebas complementarias:** Analítica completa con función renal, tiroidea, hepática, estudio hormonal del eje hipotálamo-hipofisario, screening de celiaquía, IGF-1, IGFBP3, y analítica de orina: normal. Radiografía muñeca y mano izquierda: edad ósea acorde con edad cronológica. Cariotipo: 46 XX. Estudio del gen SHOX: normal. RMN hipofisaria: normal. Test funcionales (ejercicio-clonidina) respuesta insuficiente. Estudio genético mediante exoma dirigido, se detecta una variante c.7276G (p.Glu2426*) en el gen ACAN, compatible con talla baja con o sin osteoartritis y/o osteocondritis disecante, de herencia autosómico dominante. **Tratamiento:** GH como uso compasivo. **Conclusiones:** Dado que las mutaciones del gen ACAN son la segunda causa más frecuente de talla baja, es importante el estudio genético a los pacientes con sospecha. Además, al presentar una herencia autosómica dominante, la identificación de variantes patogénicas en el gen ACAN implica la realización de un estudio de cosegregación familiar. En el caso de confirmarse su patogenicidad, es necesario informar a la familia sobre la posibilidad de patología osteoarticular en edad adulta.

P-093
HEMORRAGIA SUPRARRENAL EN PEDIATRÍA.
UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN SÍNDROME
POCO FRECUENTE

Polo Moreno, J.; Gil Poch, E.; Lechón Caballero, M.C.; Torres Díaz, M.; Melitón Carrasco, J.A.; Roco Rosa, M.; Panduro Romero, L.; Velázquez González, M.; Bonilla Fornés, S.; Arroyo Díez, F.J. - Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Anamnesis: Varón de 10 años de edad que consulta en su Centro de Salud por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, vómitos y cefalea, con empeoramiento en los últimos días asociando mal estado general. No deposiciones diarreicas. Afebril. Antecedentes de interés: Púrpura Trombocitopénica Inmune en seguimiento por Hematología, en tratamiento con el trombopag. Ingreso en 2021 por hematoma subdural subagudo-crónico. **Exploración clínica:** Regular estado general, afebril, taquicárdico, resto de constantes normales. Destaca un abdomen distendido con dolor a la palpación generalizada. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de abdomen agudo se deriva al paciente a su hospital de referencia para valoración. A su llegada se realiza ecografía abdominal que muestra imágenes sugestivas de hemorragia suprarrenal bilateral, objetivándose también en TAC de urgencias. En analítica destaca leucocitosis, neutrofilia, plaquetopenia, aumento de RFA y alteración de la coagulación (TTPa alargado, ratio 1,85). Ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal ingresa en UCIP iniciándose tratamiento con hidrocortisona a dosis de estrés, fluidoterapia y antibióterapia, con mejoría clínica y analítica. En estudio de coagulopatía destaca anticuerpo lúpico positivo, descenso de F. XII y alteración secundaria de la coagulación con TTPa alargado, anticuerpos anticardiolipina y anticuerpos beta 2 glicoproteínas a títulos altos, sospechándose un síndrome antifosfolipídico. La evolución es positiva permitiendo el alta del paciente 12 días tras su ingreso con seguimiento ambulatorio por parte de Reumatología, Endocrinología, Hematología y Nefrología. **Conclusiones:** La insuficiencia suprarrenal se define como la incapacidad de las glándulas adrenales para una producción hormonal correcta. La crisis adrenal aguda constituye una situación emergente que requiere de la administración urgente de corticoides. Aunque poco frecuente, es conocida la relación existente entre afectación suprarrenal y síndrome antifosfolipídico. Debe sospecharse cuando se presente un contexto clínico compatible y en pacientes con patología de base (autoinmunitarias o alteraciones de la coagulación).

P-094
HIPERGLUCEMIA MANTENIDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO.
LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES

Castañares Saiz, M.
 Hospital del Niño Jesús (Rotación externa), Madrid, España

Anamnesis: Paciente de 3 años y 11 meses remitido por su pediatra por presentar hiperglucemias desde enero de 2008. Como antecedentes familiares de interés: Abuela materna Diabetes Mellitus tipo 2. Padre con hiperglucemia de 130 mg/dl. Asociando en rama paterna hiperglucemias en: abuelo, bisabuelo, tío y tres tíos-abuelos paternos. Nuestro paciente no presentaba antecedentes gestacionales ni neonatales de interés. En la época de lactante padeció de bronquitis y varicela.

No medicaciones previas. **Exploración física:** Talla 103,5 cm (p50-75). Peso 17,2 kg (p50-75). Fenotipo normal. Genitales externos masculinos normales, estadio 1 de Tanner (testes 2 ml: G1P1Aa). **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En seguimiento en consultas de endocrinología infantil se completa estudios debido a hiperglucemia con: - Analítica sanguínea dentro de la normalidad. - Sobrecarga oral de glucosa: Glucemia basal: 118 mg/dl. Glucemia 120 min: 149. - Anticuerpos: ICA: negativos. Anti GAD-65: <5 U/ml (negativos). Anti IA2: 4,26 U/ml (negativos). Antiinsulina: 1,18 U/ml (negativos). - Estudio genético molecular de ADN de linfocitos de sangre periférica: Deleción inserción c. 563_564delinsAA en exón 5 de GSK en heterocigosis. Confirmando con ello la sospecha diagnóstica de diabetes monogénica tipo MODY, subtipo GSK (MODY 2). - Iniciando tratamiento con dieta y ejercicio diario manteniendo durante su seguimiento, hasta los 17 años y 8 meses, glucemias 90-140 mg/dl. **Conclusiones:** En un paciente no obeso con hiperglucemia leve mantenida, ausencia de síntomas y antecedentes familiares, siguiendo las diferentes guías de atención primaria y sociedades endocrinológicas, deberemos realizar estudios de primer nivel (SOG, analítica con autoanticuerpos y HLA). Ante ausencia de anticuerpos específicos y HLA negativo sospecharemos una diabetes monogénica. Debemos recordar la importancia de realizar el diagnóstico genético ya que nos permite la clasificación del tipo de diabetes monogénica y así ofrecer a nuestros pacientes el tratamiento más apropiado e informar del probable pronóstico.

P-095
IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ANAMNESIS.
COMUNICACIÓN DE EFECTO ADVERSO

Rodríguez Torres, M.; Marín Patón, M.;
 González Rodríguez, R.M.; García Matamoros, L.
 Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: Una adecuada anamnesis brinda información relevante para alcanzar un juicio clínico, o bien nos permite solicitar las pruebas complementarias pertinentes para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Sin embargo se pueden producir interferencias que dificultan y retrasan el alcanzar un diagnóstico definitivo: la omisión de información por parte del paciente, un error en la comunicación interasistencial o un error en la comunicación médico-paciente. A continuación exponemos un caso clínico sobre diagnóstico diferencial de anisocoria en el que dichas interferencias supusieron un retraso en el manejo clínico de una paciente. **Caso clínico:** Niña de 12 años que acudió a urgencias por presentar una midriasis derecha arreactiva de 12 horas de evolución, asociando prurito ocular. Entre sus antecedentes personales destacaba haber sido valorada en neurología por cuadro de cefaleas recurrentes, realizándose una RMN un año previo que resultó normal. Al historiar a la paciente no refería otra sintomatología asociada, negando uso de medicamentos o ingesta de tóxicos. Se contactó con oftalmología, quienes corroboraron la anisocoria y la arreactividad de la pupila derecha, decidiéndose ingreso para estudio y seguimiento evolutivo. Entre las pruebas complementarias solicitadas se realizó TAC craneal, analítica sanguínea, estudio de tóxicos y sistemático de orina, ecografía a pie de cama, potenciales evocados visuales, y estudio autoinmunitario, resultando todos normales. Durante su estancia hospitalaria y tras 78 horas desde su ingreso, la paciente

presentó una remisión de la midriasis unilateral. Rehistoriando a la paciente, esta informó del uso de un colirio que había sido prescrito dos meses atrás. Revisando la medicación pasiva en Diraya se comprobó prescripción de colirio de dexametasona, gentamicina y tetrizolina, siendo este último un derivado imidazólico con acción simpaticomimética alfa adrenérgica, pudiendo producir midriasis. Se decidió suspender resonancia magnética solicitada, realizar notificación de efecto adverso y dar alta por anisocoria de origen farmacológico resuelta.

P-096

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA UVEÍTIS ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Arce, A.; De Lamo González, E.; Santos Lorente, C.; Pérez González, D.; González Martínez, C.; López Fernández, C.; Gutiérrez Camus, A.; Giordano Urretabizkaya, M.N.; Torre González, T.; Fernández Cabo, V.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

La uveítis anterior es una enfermedad infrecuente en la edad infantil pero grave desde el punto de vista ocular por el elevado porcentaje de complicaciones y secuelas visuales. Puede ser idiopática o asociarse a enfermedades infecciosas o sistémicas como la artritis idiopática juvenil, presente hasta en un 50-80% de los casos. Se presenta con dolor, ojo rojo, inyección ciliar y visión borrosa, aunque muchas veces es asintomática, lo que retrasa el diagnóstico. Paciente de 11 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por traumatismo en la mano, encontrándose en la exploración física como hallazgo casual una anisocoria. Refiere episodio de hiperemia conjuntival y dolor ocular catalogado de conjuntivitis hace 2 meses, con resolución con colirio antibiótico. No presenta síntomas oculares como dolor, prurito, epífora, secreción o disminución de agudeza visual, ni síntomas sistémicos. Se realiza una exploración física sistemática, objetivándose únicamente una miosis arreactiva a la luz en el ojo derecho. Es valorado por Oftalmología, siendo diagnosticado de uveítis anterior aguda bilateral, más intensa en ojo derecho, con sinequias posteriores e inicio de queratopatía en banda. Se inicia tratamiento con acetato de prednisolona y atropina 1% tópicos y es derivado a consulta de Reumatología para completar estudio. Se realiza estudio reumatológico completo, incluyendo factor reumatoide, autoanticuerpos, HLAB-27, serologías y Mantoux, sin encontrarse alteraciones. Se inicia tratamiento con prednisona oral a dosis bajas y metotrexato, añadiéndose posteriormente adalimumab. Por el momento se mantiene asintomático y no ha presentado progresión del daño oftálmico. La uveítis se presenta de forma asintomática en un alto porcentaje de los casos, lo que retrasa el diagnóstico y empeora el pronóstico visual. En el caso de nuestro paciente, asintomático salvo por la presencia de anisocoria, el diagnóstico se vio retrasado, presentando secuelas importantes ya en la primera valoración oftalmológica.

P-097

LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA FALSA TIÑA AMIANTÁCEA

Mederos Rodríguez, A.¹; Seoane Cea, Á.²; Gutiérrez Nieto, A.¹; Pérez De Vega, B.¹; García Fariña, M.¹; González García, A.¹.
¹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España;
²Centro de Salud de San Benito, San Cristóbal de La Laguna, España

Anamnesis: Acude a Urgencias niña de 6 años con lesiones cutáneas en cuero cabelludo de 2 meses de evolución, dolorosas y pruriginosas, con empeoramiento las últimas 24 horas a pesar de tratamiento tópico con betametasona 0,05%-salicílico 3% en solución. Sin otra sintomatología. Como antecedentes personales destaca dermatitis liquenoide friccional y dermatitis atópica severa que precisó antibioterapia endovenosa por impetiginización secundaria. **Exploración clínica:** Placa de 2 x 3 cm en cuero cabelludo, de bordes bien definidos, eritematosa en la base, con descamación gruesa, plateada y adherente que envuelve mechones de cabello, presentando en algunas áreas erosiones tras rascado y alopecia. Presenta placas similares más pequeñas circundantes. No se visualizan otras lesiones cutáneas. Resto de exploración anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de falsa tiña amiantácea se añade al tratamiento champú de ciclopirox durante cuatro semanas. Se revalora dos semanas después observando mejoría franca de las lesiones, persistiendo algunas escamas residuales y prurito ocasional. Se recomienda aplicar aceite y tracción mecánica cuidadosa. Tras finalizar el tratamiento presenta resolución completa de todas las placas con recuperación incipiente de la alopecia. Se detecta en la exploración en ese momento pitting ungueal diagnosticando a la paciente de probable psoriasis. **Conclusiones:** La falsa tiña amiantácea debe considerarse un patrón de reacción, más que un diagnóstico específico, pudiendo ser una manifestación de dermatitis atópica, seborreica, psoriasis o infecciones, por lo que debemos indagar la presencia de estas entidades. Cursa con escamas gruesas plateadas o amarillentas en cuero cabelludo y alopecia transitoria no cicatricial. El tratamiento se basa en champú antifúngico, queratolíticos, calcipotriol o corticoides tópicos. Entre las posibles complicaciones destaca impetiginización secundaria. La forma idiopática suele desaparecer por completo y no recurrir, aunque cuando se debe a una enfermedad crónica, tiende a persistir o reaparecer.

P-098

MOTIVOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

Martínez Gómez, A.R.¹; Tomás Soldevilla, B.²; Saucos Martínez, E.²; Patiño Jiménez, L.³; Arranz Boned, M.⁴; García Muñoz, A.I.²; Zriki Zahinos, N.²; Suárez Lascano, A.B.²; Torrente Fernández, M.²; Muñoz López, C.².
¹Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España;
²Hospital General, Ciudad Real, España;
³Centro de Salud Manzanares II, Manzanares, España;
⁴Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

Objeto del trabajo: Analizar los motivos de derivación a consulta de pediatría en un hospital de segundo nivel. **Materiales y métodos:** Estudio longitudinal. Se incluyen los pacientes nuevos atendidos en la consulta de pediatría a lo largo de 6 meses. Consideramos las variables: Ámbito de derivación (Primaria, urgencias, hospitalaria); motivo de consulta (cefalea, dolor abdominal, asma...); edad, sexo, pruebas previas a la consulta (sí/no), alta resolución (sí/no) y motivo de alta (alta/derivación). Análisis estadístico mediante Chi cuadrado para estudiar la asociación entre variables. **Resultados:** Se registraron un total de 143 pacientes nuevos en nuestras consultas, 59 niñas y 84 niños, con una media de edad de 6,5 años

aproximadamente en ambos grupos. El 82,5% de los pacientes procedían de atención primaria, 7% habían sido derivados tras un ingreso en planta, el 6,3% procedían de urgencias y el 4,2% de otras especialidades. El 32,1% de las derivaciones eran por motivos neurológicos (más frecuente cefalea), seguido de los digestivos en un 25,1% (principalmente dolor abdominal). El 34,2% de los pacientes fueron dados de alta en la primera consulta, de los cuales aproximadamente 2/3 fueron alta directa, y el resto por derivación a subespecialidades. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre pacientes derivados con pruebas previas y alta directa en consulta (p valor <0,05). **Conclusiones:** Es una realidad que la atención primaria se encuentra desabastecida de médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas, y es difícil aproximar su repercusión en la asistencia ambulatoria de niños y adolescentes. Nuestro hospital es de referencia para 3 zonas básicas de salud, la baja tasa de pediatras en los centros de salud de poblaciones semi-rurales puede incrementar las derivaciones por motivos con posibilidad de seguimiento ambulatorio o sin estudiar previamente.

P-099

NO TODO ES UN EXANTEMA VIRAL INESPECÍFICO

Pérez López, A.; Rivas Oural, A.; Crego Rodríguez, L.;
López Franco, M.M.; Vázquez Osorio, I.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 3 años y 3 meses, correctamente vacunada. Como antecedente destaca una alergia alimentaria IgE mediada a kiwi y huevo, la última superada, y un episodio compatible con urticaria aguda al año de edad. Madre sospecha de enfermedad celíaca. No otros antecedentes familiares de patología reumatológica, dermatológica o digestiva. Acude por aparición de lesiones cutáneas palmo-plantares, en pliegues y región perioral con empeoramiento en las últimas 48 horas. La semana previa presenta cuadro catarral leve con febrícula, autolimitado, con diagnóstico de enfermedad boca-mano-pie por su pediatra tras objetivar lesiones vesiculosas en región amigdalal. Recibió tratamiento sintomático. **Exploración clínica:** Lesiones eritematodescamativas con componente hiperqueratósico palmo-plantares, en superficies flexo-extensoras y pliegues, de predominio periférico. Asocia descamación perioral y en narinas, además de lesiones serpiginosas en muslo derecho. No lesiones petequiales, conjuntivitis ni descamación digital. Exploración otorrinolaringológica normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ingresa en régimen de hospitalización. Se completa estudio con analítica sanguínea, serologías, PCR de virus respiratorios, streptotest y estudio de orina. Destaca PCR positiva para metapneumovirus. Se realiza interconsulta a dermatología, que ante sospecha de pitiriasis rubra pilaris tipo III /vs / psoriasis, realiza biopsia cutánea de planta de pie izquierdo, informada como focos aislados de paraqueratosis, compatible con pitiriasis rubra pilaris. Se inicia tratamiento con corticoterapia tópica y posteriormente, tratamiento de mantenimiento con tacrolimus y corticoterapia tópica, con resolución completa de las lesiones. **Conclusiones:** 1. Ante la mayor frecuencia de lesiones cutáneas de etiología viral en la población pediátrica, es importante tener en cuenta otras patologías en el diagnóstico diferencial de lesiones cutá-

neas, como la psoriasis y la pitiriasis rubra pilaris, que, aunque de menor frecuencia, pueden beneficiarse de tratamiento. 2. Con un buen trabajo multidisciplinar y colaboración entre diferentes especialidades con puntos en común, puede llegarse a diagnósticos de manera eficaz e iniciar terapias adecuadas de manera temprana.

P-100

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DEL VITÍLIGO EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Martín, L.B.¹; García Díaz, F.J.¹; Bernabéu Wittel, J.¹;
Coronel Rodríguez, C.²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Introducción: El vitíligo es una enfermedad relativamente frecuente, sin embargo, poco conocida por muchos médicos de Atención Primaria. La mayoría de los trabajos se centran en adultos, queremos ir más allá y estudiar las características en pediatría. **Objetivo:** Determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel diagnosticados de vitíligo en los últimos 13 años. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal. La recogida de datos se ha llevado mediante una búsqueda de historias clínicas informatizadas de niños diagnosticados entre el 1 enero 2008 y 31 diciembre 2021. Evaluamos edad, sexo, tipo de vitíligo, extensión, sintomatología y tratamiento, introduciendo los datos en una base de datos que se ha analizado con el programa estadístico IBM SPSS versión 25.0, realizando un estudio descriptivo básico y comparativo de las variables con edad y sexo mediante el Chi-Cuadrado de Pearson. **Resultados:** De 254 pacientes, 126 son varones y 128 mujeres. La edad mínima de diagnóstico es 2 meses y la máxima, 17 años, con una mediana de 8 años. 52,3% presenta el tipo no segmentario, 47,63%, segmentario y 44,8% afectación facial. Solamente hay 3 pacientes sintomáticos (prurito). En 36,6% la enfermedad se ha extendido desde el diagnóstico. 66,5% de los pacientes recibieron tratamiento con corticoides tópicos y 96% con inhibidores de la calcineurina tópicos. Solamente 34 pacientes, fototerapia. En 8 aparecieron efectos secundarios. 77,2% respondieron al tratamiento, obteniendo repigmentación. De los 50 no respondedores, 8 (16%) posteriormente obtuvieron respuesta con fototerapia. No existen diferencias significativas al comparar el resto de variables con el sexo y edad separadas en tres intervalos (< 4 años, 5-9 años y 10-14 años) **Conclusiones:** A diferencia de la bibliografía, en nuestra población no encontramos predominio en el sexo femenino. El resto de variables son similares a las de otras poblaciones.

P-101

PITIRIASIS ROSADA DE GILBERT: PRÓDROMO DE COVID-19 O CASUALIDAD

Reques Cosme, R.; Galindo Doncel, G.; Tornos Fiter, B.; Ramón Fernández, S.; Fernández Bravo, S.; Gallego Fernández, C.S.;
Ruiz Díaz, A.I.; Blumenfeld Olivares, J.A.; Mesa Del Castillo Payá, M.; Hernández Villarroel, A.C.

Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Anamnesis: Varón de 10 años sin antecedentes patológicos de interés y vacunación correcta (vacunación contra

COVID-19 hace 6 meses) que presenta erupción cutánea no pruriginosa de 2 días de evolución localizada en tronco y abdomen. No fiebre. No recuerda lesión de mayor tamaño previa. Refiere además astenia importante. A las 24 horas posteriores comienza con fiebre elevada de hasta 38,6°C. No otra sintomatología. Casos de COVID-19 en su clase. Se realiza test antigénico para SARS-CoV2 en domicilio que resulta positivo.

Exploración clínica: Placas ovaladas de diferentes tamaños, coloración asalmonada, con descamación central y periférica, localizadas en tronco y abdomen, respetando región facial. No se visualiza ninguna placa de mayor tamaño. Resto de exploración sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Afebril en las siguientes 24 horas de diagnóstico de COVID-19. Inicia rinorrea y congestión nasal sin tos ni dificultad respiratoria. Ante la progresión en número y extensión de lesiones hacia raíz de miembros inferiores se comienza tratamiento con corticoide tópico a los 10 días de iniciada la erupción con mejoría en 48 horas. **Conclusiones:** Casi el 20,4% de los pacientes con COVID-19 presentan manifestaciones cutáneas, algunos de ellos al inicio de la enfermedad y otros después de la misma. Las manifestaciones descritas más frecuentemente son el eritema generalizado, la urticaria, la livedo reticularis y la acroisquemia (perniosis-like). No se puede conocer con claridad la asociación entre pitiriasis rosada y la infección por la COVID-19. La pitiriasis rosada podría ser directamente dependiente de la infección por la COVID-19, o de la reactivación viral (herpesvirus humano 6, herpesvirus humano 7, virus de Epstein Barr). En algunos casos no se evidenció placa o medallón heráldico. También hay que tener en cuenta que tras vacunación contra infección COVID-19 pueden existir casos de reacciones adversas dermatológicas tardías con exantemas similares a la pitiriasis rosada.

P-102

¿POR QUÉ TENGO ESTAS UÑAS?

Molina Romero, J.¹; Gómez Hernando, V.²; De La Rosa Mordán, Y.²; Mestre De Juan, M.²; Moreno Romero, C.M.³.

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España;

²Centro de Salud Los Alperchines, Madrid, España;

³Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

Anamnesis: Niña de 11 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude por lesiones en las uñas de manos y pies desde hace 4 años. Diagnosticada previamente de onicomicosis sin mejoría tras tratamiento con antifúngicos.

Exploración clínica: En uñas de manos y pies, destaca zonas de acumulación de queratina en el extremo de la lámina ungueal (hiperqueratosis) junto con separación distal de la lámina (onicolisis) y depresiones puntiformes ("pitting"). En la uña del primer dedo del pie presenta un área irregular marróncea (mancha de aceite). Resto de exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Diagnóstico clínico de psoriasis ungueal. Tratamiento tópico con clobetasol propionato 8% en laca de uñas, 1 aplicación cada 24 h. Derivación a consultas de dermatología. **Conclusiones:** La psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica que afecta principalmente a la piel. La prevalencia de alteraciones ungueales en pacientes pediátricos con psoriasis varía entre un 17-39,2%. Las características más frecuentes de la afectación ungueal psoriásica en los niños son el "pitting", la onicolisis asociada a la hiperqueratosis subungueal, la paroniquia y la paquioniquia.

El diagnóstico diferencial incluye la onicomicosis y el liquen plano. Es importante que el pediatra general conozca las manifestaciones ungueales de la psoriasis para realizar un adecuado diagnóstico, y evitar tratamientos innecesarios. Esto permitirá realizar un correcto seguimiento para valorar la ausencia de manifestaciones a otros niveles.

P-103

¿QUÉ HAY DETRÁS DE LA ASOCIACIÓN VACTERL? REFLEXIÓN DE SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE VAN DER WOUDE

Tomás Soldevilla, B.¹; Sánchez Tudela, P.¹; Reyzaal Ereño, E.¹; Sánchez Ruiz, P.¹; Del Castillo Velilla, I.²; Santillana Ferrer, L.¹; Saucedo Martínez, E.¹; Martínez Gómez, A.R.³; Torrente Fernández, M.¹; García Cabezas, M.Á.¹.

¹Hospital General, Ciudad Real, España;

²Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, España;

³Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

Objeto del trabajo: La asociación VACTERL se define al agruparse al menos tres de las siguientes malformaciones congénitas: anomalías vertebrales, atresia anal, defectos cardíacos, alteraciones traqueales, atresia esofágica, alteraciones renales y afectación de extremidades. La asociación es usualmente esporádica y presenta una gran heterogeneidad clínica. Las fístulas paramedianas del labio inferior son un defecto congénito (no incluido dentro del VACTERL) muy característico del síndrome de Van der Woude (SVDW). Con objeto de reflexionar acerca de la posible asociación entre ambas entidades se describe un paciente afecto por ellas. **Material y métodos:** Los datos del caso provienen de un paciente seguido en consulta de Atención Primaria, del cual se ha obtenido un consentimiento informado. **Resultados:** Varón de 6 meses de vida, prematuro de 35 semanas, que cumple criterios VACTERL (hemivértebra D10, ectopia renal pélvica bilateral e insuficiencia cardíaca por comunicación interauricular Ostium Secundum y comunicación interventricular muscular). Asocia hipotonía axial, reflejos osteotendinosos normales, retraso psicomotor, microcefalia adquirida y hendidura en paladar duro. Como estudio inicial destaca ecografía transfontanelar, tomografía computarizada de suturas y estudio genético (cariotipo y CGH-Array), sin alteraciones. El paciente presenta desde el nacimiento dos depresiones paramedianas en labio inferior, asintomáticas al inicio, que a los 6 meses de vida inician drenaje de saliva durante la masticación y el llanto. Ante el hallazgo se amplía el estudio genético para SVDW, pendiente de resultado. **Conclusiones:** Las fístulas labiales inferiores son un hallazgo característico del SVDW, que constituye la forma más común de hendidura orofacial sindrómica (2%). El síndrome asocia anomalías diversas, destacando las genitourinarias y cardiovasculares, que pese a manifestarse raramente podrían justificar las malformaciones (además de la asociación VACTERL) del paciente. La revisión bibliográfica de casos de anomalías labiales diversas en contexto de síndromes polimalformativos evidencia algunas referencias a la asociación VACTERL, sin haberse por el momento demostrado causalidad.

P-104

¿QUÉ SON ESTAS LESIONES EN LA PIEL? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Rodríguez Torres, M.; González Rodríguez, R.M.;
García Matamoros, L.; López Moreira, O.M.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

La psoriasis en la infancia supone en muchas ocasiones un reto diagnóstico por su solapamiento clínico con otras enfermedades eritematodescamativas infantiles; no obstante, un diagnóstico y manejo adecuado son esenciales, dado el riesgo de comorbilidades y el impacto en la calidad de vida de los pacientes. Las dos formas de presentación clínicas más frecuentes son la psoriasis en placas y la psoriasis en gotas. La psoriasis en gotas o guttata, es frecuente en adolescentes o niños mayores, de carácter eruptivo tras un proceso infeccioso, sobre todo, estreptocócico faringo-amigdalino o con menor frecuencia una dermatitis estreptocócica perianal. **Caso clínico:** Paciente varón de 3 años que acude a urgencias por presentar erupciones eritematodescamativas de 1 mes de evolución. Entre sus antecedentes personales destaca que padece dermatitis atópica y que había presentado un cuadro de faringoamigdalitis previo al inicio de la sintomatología descrita. En la exploración se evidencian erupciones descamativas nacaradas con configuración anular a nivel periumbilical, en región torácica y dorsal, así como en área genital y retroauricular. Acompañando a estas lesiones, presenta una lesión descamativa pruriginosa en cuero cabelludo, sin asociarse a alopecia. Ante la sospecha de psoriasis en gotas se contacta con dermatología que confirma diagnóstico. Por otro lado, con respecto a la lesión craneal, a través de la luz de Wood se apreciaba fluorescencia verde intenso, diagnosticándose de tiña de cuero cabelludo. Con dicho diagnóstico se inició tratamiento con crema de betametasona dipropionato y calcipotriol monohidrato para el tratamiento de la psoriasis, y por otro lado terbinafina en comprimidos y sertaconazol tópico durante 3 meses como tratamiento de la tiña de cuero cabelludo. Previo al alta, se solicitó el consentimiento del familiar para la realización de fotos de las lesiones presentadas.

P-105

QUERATODERMIA ACUAGÉNICA: UN DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS QUÍSTICA

Miguel Heredero, A.; Valerio Hernández, E.; Velasco
González, V.; Domínguez Cháfer, M.; Marín Viñuales, A.;
Figueroa Herrera, M.P.; Vera Ramos, G.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España

Introducción: La queratodermia acuagénica es poco frecuente en pediatría, caracterizada por aparición o exacerbación de pápulas blanquecinas traslúcidas confluentes minutos tras el contacto con agua de palmas de manos de forma bilateral, y menos frecuente plantas. Puede asociar prurito o dolor. Se ha asociado a fibrosis quística (FQ) (67,9%), o portadores, hiperhidrosis y fármacos (AINES). **Anamnesis:** Paciente mujer de 10 años, sin antecedentes de interés, refiere aparición de lesiones hipopigmentadas en palmas de manos desde hace dos semanas, cuyo tamaño aumenta y adquiere aspecto macerado al entrar en contacto con agua y disminuye tras secado. No pruriginosas ni dolorosas. Lavado frecuente de manos, sin hiperhidrosis, sobre todo en etapa de pandemia (SARS-CoV-2). Niega infecciones intercurrentes ni consumo de fármacos. **Exploración física:**

Pápulas blanquecinas confluentes en placas en región central de palmas de manos (1,5 cm de diámetro). Sin signos de inflamación local, no dolorosas. Resto anodino. **Pruebas complementarias:** Test del sudor con resultado de FQ dudosa y estudio genético (CFTR) negativo. **Conclusiones:** - La queratodermia acuagénica tiene etiología desconocida. Hay varias hipótesis, como la anomalía de glándulas sudoríparas. - Se trata de una patología adquirida, aunque hay descritos casos familiares. - Si bien es infrecuente, recientemente se han reportado diversos casos potencialmente desencadenados por el lavado frecuente de manos en contexto de pandemia COVID-19. - Su diagnóstico es clínico. Ante dudas, se podría realizar biopsia. - Dada su relación con FQ, la sospecha de esta entidad permite detectar casos no diagnosticados, así como portadores. En nuestro caso, con paciente nacida antes del año 2009, no se encontraba realizada en cribado metabólico neonatal. - La mayoría tienden a resolución espontánea. Se han propuesto diferentes tratamientos con respuestas variables, como sales de aluminio, toxina botulínica o cremas de barrera.

P-106

TUMOR CEREBRAL: LA IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS DE ALARMA PARA SU DIAGNÓSTICO

Díaz Fernández, P.; Oreña Ansorena, V.A.; Pastor Tudela, A.I.;
Peñalba Citores, A.C.; Reyes Sancho, S.; Méndez Sierra, A.;
Gómez Arce, A.; Fernández Marqués, M.; Ruiz Rentería, E.; Xx, X.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

El tumor del SNC es el tumor sólido más frecuente en la edad pediátrica. La clínica presente dependerá de la localización del tumor. Los más frecuentes son los gliomas de bajo grado, seguidos del meduloblastoma. El pronóstico dependerá fundamentalmente del tipo de tumor, así como de la respuesta al tratamiento, cobrando gran importancia el resto tumoral tras la resección quirúrgica. Paciente de 2 años, sin ningún antecedente de interés ni factores de riesgo, diagnosticado de glioma de alto grado en hemisferio cerebral izquierdo tras clínica larvada de un mes de evolución. Al inicio es valorado en AP y derivado a urgencias por irritabilidad y dificultad para la marcha por sensación de dolor al apoyo, sin traumatismo previo. Diagnosticado de fractura capilar de tibia derecha, con radiología compatible. Tras tratamiento, mejoría total de la marcha. Posteriormente, comienza progresivamente con limitación intermitente de extremidad superior derecha y temblor a la manipulación de objetos, hasta finalmente presentar hemiparesia completa derecha. En este momento es valorado en urgencias y ante los signos de alarma se decide realización de TC craneal con hallazgo compatible con lesión sólido-quística izquierda que condiciona una marcada expansividad global. El paciente es intervenido en los siguientes días. La anatomía patológica impresiona de glioma de alto grado con mutación H3K27M. Al mes de la intervención reingresa por crisis epiléptica focal. Iniciado tratamiento con levetiracetam, con buena respuesta inicial. Está pendiente de iniciar tratamiento adyuvante, a expensas de conocer el resultado de metilación de la histona. Pese a no ser una patología muy frecuente, es importante prestar atención a los signos de alarma que puedan sugerir lesión intracraneal, destacando en este caso el papel de AP. En el diagnóstico molecular destacar que a veces pueden suponer un cierto retraso en el inicio del tratamiento para llevar a cabo un tratamiento más preciso.

P-107

VITÍLIGO Y OTRAS PATOLOGÍAS AUTOINMUNES ASOCIADAS

García Díaz, F.J.¹; Martín, L.B.¹; Zubimendi Pérez, R.M.¹; Coronel Rodríguez, C.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Objetivo: Describir los antecedentes familiares (AF) y antecedentes personales (AP) de los pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel diagnosticados de vitíligo en los últimos 13 años. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal. Recogida de datos mediante búsqueda de historias clínicas informatizadas de niños diagnosticados de vitíligo entre el 1/01/2008 y el 31/12/2021. Se evaluaron los AF de vitíligo y de otras enfermedades autoinmunes, y los AP de enfermedades dermatológicas, atopia y enfermedades autoinmunes. Los datos recogidos se analizaron con el programa estadístico IBM-SPSS versión 25.0, realizando un estudio descriptivo básico y uno comparativo de todas las variables con el sexo y tres intervalos de edad mediante el Chi-Cuadrado de Pearson. **Resultados:** Se analizaron 254 pacientes, 126 varones y 128 mujeres. 32 pacientes tenían AF de vitíligo y 29 de otras enfermedades autoinmunes, tales como hipotiroidismo (13 pacientes, 5,1%), diabetes mellitus tipo 1, celiaquía, artritis reumatoide y psoriasis. 43 pacientes asociaban otras enfermedades dermatológicas, como halo nevus (18 pacientes, 7%), pitiriasis alba, acné, dermatitis atópica, liquen escleroso, melanoma, alopecia areata y psoriasis. 44 pacientes presentaban datos de atopia y en 23 pacientes coexistían otras enfermedades autoinmunes, como hipotiroidismo (20 pacientes, 7,8%), artritis idiopática juvenil, esofagitis eosinofílica y esclerodermia. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar dichos AF y AP con el sexo y edad separada en tres intervalos (< 4 años, 5-9 años y 10-14 años). **Conclusiones:** Tanto los AF como los AP de enfermedades autoinmunes son muy variables, pero destaca el hipotiroidismo como la más descrita en nuestros pacientes. El halo nevus ha sido una patología dermatológica encontrada en el 7% de nuestros pacientes. Sin embargo, no existe predominio por ningún sexo ni intervalo de edad en cuanto a las variables analizadas.

P-108

¿Y SI ESTAS PÁPULAS EN ZONAS SEBÁCEAS NO CORRESPONDEN A UNA DERMATITIS SEBORREICA?

Guzmán Vizcaíno, M.M.; Sánchez Gutiérrez, M.M.

Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Lactante de 4 meses que en revisión rutinaria de salud presenta lesiones en frente y cuero cabelludo de aspecto amarillento, de superficie escamosa. La madre refiere lesión vesiculosa en hélix de pabellón auricular izquierdo, con evolución al aspecto de las actuales. Impresión inicial de dermatitis seborreica. A lo largo de las siguientes semanas presenta aparición de lesiones maculopapulares pigmentadas no confluyentes que aumentan en cara y se generalizan. Presentan enrojecimiento al roce y exposición térmica. Refieren llanto intenso nocturno, con sensación de disconfort, que mejora desde inicio de antihistamínico oral. No episodios de flushing, sudoración, cólicos, vómitos ni sintomatología anafiláctica. Destaca excelente estado general y medro sin alteraciones. Lesiones maculopapulares pigmentadas no confluyentes generalizadas, predominio en cuello y tórax, incluyendo cuero cabelludo que no afectan a palmas ni plantas. Abdomen blando, sin megalias. Resto de la exploración normal. Se deriva a dermatología y se inicia estudio dirigido a diagnóstico de mastocitosis. Biopsia cutánea con estudio patológico confirmatorio de mastocitosis. Se amplía estudio para descartar mastocitosis sistémica, con triptasa sérica (3,4 ugr/L) y punción de médula ósea sin hallazgos. Actualmente en tratamiento sintomático con Cromoglicato disódico, Ketotifeno y famotidina, asociando corticoterapia en caso de brote. Como conclusiones, la mastocitosis es una enfermedad heterogénea que resulta de la acumulación de mastocitos patológicos, en su mayoría clonales, en diferentes órganos (p. ej., piel, médula ósea e intestino). Aproximadamente 85% de los pacientes tienen un curso indolente. Es importante valorar el estadio de las mastocitosis generalizadas. El estudio de extensión determina la categoría (*Mastocitosis Indolente* o *Mastocitosis Avanzada*) ya que condiciona el manejo, tratamiento y pronóstico. Lo relevante de este caso es la escasa frecuencia del proceso y la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas persistentes.

36

Congreso Nacional

SEPEAP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA



ALICANTE

20-22 OCTUBRE 2022

ADDA ALICANTE



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



SVP
Sociedad
Valenciana
de Pediatría



FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

GRUPO PACIFICO
The power of meeting

C/Marià Cubí, 4 - Pral. 08006 Barcelona
C/Castelló 128, 7ª planta 28006 Madrid
congresosepeap@pacifico-meetings.com
www.sepeap.org