

Boletín de la SPAO

Número especial • 2022

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL

XLVII

Reunión científica de la

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

GRANADA

11 • 12 marzo 2022



Boletín de la SPAO

(ISSN: 1988-3420)

Órgano de expresión de la Sociedad de
Pediatría de Andalucía Oriental

Editores Jefe

Julio Romero Gonzalez

Javier Díez-delgado Rubio

Editor Asociado

Jose Antonio Hurtado Suazo

Director honorífico

Gabriel Galdó Muñoz

Consejo editorial

Gabriel Galdó Muñoz

Carlos Ruiz Cosano

María José Miras Baldo

Eduardo Narbona López

José Antonio Hurtado

Carlos Roca Ruiz

Juan Manuel Fernández García

Emilio José García García

José María Gómez Vida

Francisco Giménez Sánchez

Francisco Javier Garrido Torrecillas

Julio Ramos Lizana

José Miguel Ramón Salguero

Enrique Blanca

Antonio Jerez Calero

Pilar Azcón González de Aguilar

José Maldonado Lozano

Carlos Trillo Belizón

María del Mar Vázquez del Rey

Antonio Bonillo Perales

Adolfo Sánchez Marengo

Carlos Jiménez Álvarez

Ana Martínez-Cañabate Burgos

Francisco Girón Caro

José Murcia García

Emilio del Moral Romero

María Angeles Vázquez López

Victor Bolívar Galiano

Almería. España

Paraje de Torrecardenas SN

contacto@spao.info

Normas de Publicación en

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

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

ÍNDICE

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA	5
SÍNDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY: AVANZADO EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	5
PROTEGIENDO SU PIEL: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PEDIATRÍA	6
IMPORTANCIA DE FORMAR A ENFERMERAS/OS EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA DUAL.....	7
MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO	8
LESIONES VESICULOAMPOLOSAS EN EL RECIÉN NACIDO. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	9
SÍNDROME TRANSFUSIÓN FETO MATERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	10
HIPERTROFIA AMIGDALAR. NO SIEMPRE SON BENIGNAS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS	10
NEUTROPENIA AUTOINMUNE PRIMARIA: EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO.....	11
ANEMIAS HEMOLÍTICAS CRÓNICAS CONGÉNITAS. DÉFICIT DE PIRUVATO KINASA. DIAGNÓSTICO Y NUEVOS TRATAMIENTOS. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.....	12
AYUDA DE LA PRUEBA DE ESFUERZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN LARÍNGEA INDUCIBLE O DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES.....	13
LESIONES DERMATOLÓGICAS POR HERPESVIRUS.....	14
DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE UVEITIS EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	15
EMPIEMA Y ABSCEOS PULMONARES MÚLTIPLES EN ESCOLAR CON COVID-19	16
LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO MOLECULAR DEL OLIVO PARA UNA CORRECTA INMUNOTERAPIA	17
LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA ESOFAGITIS POR CAÚSTICOS.....	17
NO TODO ESTRIDOR ES LARINGOMALACIA Y NO ANTE TODO ESTRIDOR LA ACTITUD ES EXPECTANTE ..	18
BLOQUEO AV COMPLETO RESUELTO DE FORMA ESPONTÁNEA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE MIOPATÍA CONGÉNITA	19
DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE NIÑOS INGRESADOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	20
DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL	21
GLOBO VESICAL POR INGESTA MEDICAMENTOSA (CIPROHEPTADINA).....	22
PERICONDRITIS AURICULAR TRAS OTOPLASTIA BILATERAL	22
EL PAPEL DE LA INMUNOTERAPIA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME TLP.....	23
SÍNDROME DE BAKER GORDON. A PROPÓSITO DE UN CASO	24
PAPILOMATOSIS ORAL MÚLTIPLE EN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	25
POLIDACTILIA NEONATAL PANHIPOPITUITARISMO SINDROMICO	26

XLVII Reunión científica de la SPAO

FIEBRE SIN FOCO EN EL NIÑO CARDIÓPATA, RECORDANDO LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA	26
CASO ATÍPICO DE PAROTIDITIS AGUDA SUPURADA EN ESCOLAR.....	27
CUANDO LA HEMIPLEJÍA SÚBITA NOS PONE EN ALERTA.....	28
ARTRITIS SÉPTICA EN NEONATO CON FIEBRE SIN FOCO	29
OBESIDAD INFANTIL, GRAN PROBLEMA DEL SIGLO XXI	29
TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: CASOS CLÍNICOS.....	30
ESTERNÓN EN PANAL RADIOLOGÍA COMO ASIGNATURA PENDIENTE	31
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTA: NO TODO ES PIELONEFRITIS.....	32
SÍNDROME DE VÁLVULAS-LIKE, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE LA PRESENCIA DE HIDRONEFROSIS BILATERAL EN EL RECIÉN NACIDO.....	33
CUIDADOS DE LA PIEL, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES CUTÁNEAS EN EL RECIÉN NACIDO	34
APLICACIÓN DE DIETA CETOGÉNICA EN EPILEPSIA REFRACTARIA. CASO CLÍNICO	35
CONJUNTIVITIS NEONATAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS.....	36
CELULITIS RETROAURICULAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	37
CUIDADOS Y MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL	37
PLAN DE CUIDADOS PARA UNA GASTROSQUISIS COMPLICADA. CASO CLÍNICO	38
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA AJUSTADA NEURONALMENTE.....	42
TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR PEDIÁTRICO	43
CUIDADOS DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.....	43
PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y PRIMARIA EN LA ACTUALIZACIÓN VACUNAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO SUPERVIVIENTE DE CÁNCER.....	47
PLAN DE CUIDADOS POSTNATALES HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGNITA. CASO CLÍNICO.....	48
MENINGITIS TUBERCULOSA CASUÍSTICA EN HOSPITAL DE TERCER NIVELPEDIÁTRICO.....	51
TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL DOLOR EN NIÑOS	52
ENFERMEDAD DE RETENCIÓN DE QUILOMICRONES COMO CAUSA DE DIARREA CRÓNICA EN EL LACTANTE.....	52
DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA A CAUSA DE AISLAMIENTOS Y MASCARILLAS. EN BÚSQUEDA DE SOLUCIONES.	53
ROL DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO SOMETIDO A OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA Y/O HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA.....	55
MACROCEFALIA E HIDROCEFALIA EXTERNA BENIGNA IDIOPÁTICA COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE ESTA	56
VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. IMPORTANCIA DE DETECTAR LAS ÁREAS DE MEJORA.....	57
LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA EN SITUACIONES ESPECIALES. RIESGO O BENEFICIO.....	57
CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2	58
MALARIA EN ZONA NO ENDÉMICA; PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS .	59

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA AJUSTADA NEURONALMENTE (NAVA).....	60
ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON PCR SARS-COV2 POSITIVA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	62
CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ACTIVACIONES PRE Y POST-ACTUALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO.....	63
COMPLICACIONES INFECCIOSAS RELACIONADAS CON LA CANALIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS TIPO LÍNEA MEDIA/PICC EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA ¿HEMOS MEJORADO?	66
INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS POR MAS-TOIDITIS AGUDA.....	66
SÍNDROME DE PORETTI-BOLTSHAUSER: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	68
UNA COMPLICACIÓN ALGO INFRECIENTE.....	69
FIEBRE TRAS UN VIAJE.....	70
INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA VACUNACIÓN DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE BRONCOESPASMO.....	71
SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.....	72
ANÁLISIS COBERTURA VACUNAL PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN PANDEMIA COVID 19.....	73
VACUNACIÓN Y ENFERMEDAD POR COVID 19 EN PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN ÉPOCA PANDEMICA.....	74
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, REVISIÓN DE UNA PATOLOGÍA PEDIÁTRICA POCO FRECUENTE.....	75
ELEVACIÓN AISLADA DE TRANSAMINASAS: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.....	76
LA ENFERMEDAD DE ISELIN EN JÓVENES DEPORTISTAS.....	76
DISRAFISMO ESPINAL OCULTO Y POSIBLES COMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	77
HEMATOCOLPOS POR HIMEN IMPERFORADO, UNA CAUSA INFRECIENTE DE DOLOR ABDOMINAL.....	78
¿SE DAN MÁS COMPLICACIONES RENALES POR LAS VACUNAS MRNA QUE POR EL SARS-COV2?	79
CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN NUESTRO MEDIO.....	80
ROL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA FRENTE A LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO PEDIÁTRICO CON BOMBA DE INSULINA.....	81
ABORDAJE ENFERMERO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	82
SÍNDROMES GENÉTICOS QUE PUEDEN EXPLICAR TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO: SÍNDROME DE WHITE-SHUTTON.....	82
GRAVEDAD DEL DEBUT DIABÉTICO EN PEDIATRÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 Y FACTORES ASOCIADOS	83
TUMORACIÓN DE POTT. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN	84
ABUSO SEXUAL INFANTIL EPIDEMIOLOGÍA Y CAMBIOS TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19.	85

XLVII Reunión científica de la SPAO

DIAGNÓSTICO PRECOZ, EL MEJOR TRATAMIENTO. SÍNDROME DE ALSTRÖM	86
CANALIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS TIPO LÍNEA MEDIA/PICC EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. ¿CUÁLES SON SUS COMPLICACIONES PRINCIPALES?	87
CANALIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS TIPO LÍNEA MEDIA/PICC EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. ¿ES SEGURO Y EFECTIVO NUESTRO PROCEDIMIENTO DE SEDOANALGESIA?	88
OTOMASTOIDITIS AGUDA: CAMBIOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS	89
VASCULITIS CUTÁNEA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON LEVAMISOL EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO.	90
CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO: EL DOLOR, LA QUINTA CONSTANTE	91
REVISIÓN DE LAS DECLARACIONES DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN POBLACIÓN INFANTIL EN TIEMPOS DE COVID 19	93
MIOTONÍA DESENCADENADA POR EL FRÍO: CUANDO LA GENÉTICA EXPLICA LA CLÍNICA	94
NISTAGMUS EN EL LACTANTE	94
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO	95
NEUTROPENIA CONGÉNITA GRAVE EN HIJO DE MADRE CON COVID-19	96
ADOLESCENTE CON TORTÍCOLIS. UN DIAGNÓSTICO INUSUAL	97
UTILIDAD DEL WASAP PARA DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD ECTOPARASITOS. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SARNA INFANTIL EN RUMANÍA	97
REVISIÓN DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL QUILOTÓRAX NEONATAL A PROPÓSITO DE UN CASO	99
ESTUDIO DE SENSIBILIDAD DE UROPATÓGENOS A ANTIBIÓTICOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	99
ENTEROCOLITIS NECROSANTE: UNA ENTIDAD TODAVÍA EN INVESTIGACIÓN	101
SEROLOGÍAS MATERNAS POSITIVAS, ¿Y AHORA QUÉ?. A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA	102
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: NUESTRA EXPERIENCIA	102
OTOMASTOIDITIS AGUDA EN MENORES VS MAYORES DE 5 AÑOS SE COMPORTAN DE FORMA DIFERENTE	104

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA

Alejandro Navajas Zamora, Concepción Collado Torres,
M^a Luisa Velasco Fernández, Rosario Fernández Sánchez
M^a Dolores Lupiáñez Moral

OBJETIVOS

- Evaluar el cambio en la calidad de vida de los pacientes pediátricos intervenidos de cirugía de la epilepsia.
- Evaluar el grado de satisfacción de los padres tras esta cirugía.

POBLACIÓN Y MÉTODO

La población valorada son los pacientes pediátricos sometidos a cirugía de la epilepsia en nuestro hospital desde 2018.

Los datos clínicos y telefónicos se obtuvieron de la HClínica

Se realizaron encuestas telefónicas a los cuidadores, utilizando la escala CAVE, validada en español, que mide calidad de vida en pacientes epilépticos.

Se le pidió a los familiares que la contestaran para el antes y el después de de la IQca.

RESULTADOS

- Todos los familiares contactados participaron en la encuesta.
- La mayoría de los pacientes presentan mejoras significativas en el nivel de vida, desapareciendo las crisis por completo en algunos casos.
- La mayoría siguen tomando medicación, aunque algunos con menos dosis.
- En el caso del tratamiento con estimulador del nervio vago es un tratamiento paliativo, y son los que menos mejoría presentan.
- Los efectos secundarios se presentan en pocos casos, la mayoría relacionados con alteración de la movilidad, algún caso de migraña y en un solo caso empeoramiento de la conducta, pero al ser en un paciente adolescente no podemos relacionarlo directamente con la intervención.

CONCLUSIONES

Se comprueba que la cirugía de la epilepsia mejora la calidad de vida de los pacientes cuando el tratamiento farmacológico no basta.

Los padres se muestran satisfechos con los resultados y lo recomendarían en un alto porcentaje.

SÍNDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY: AVANZADO EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

González Garrido, Silvia; Martínez Carretero, Marta;
Moreno Toro, Noelia; Ortega Acosta, María José; Urrutia
Maldonado, Emilia; Peláez Pleguezuelos, Irene.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones vasculares (MV) están presentes al nacimiento, pero en ocasiones no se diagnostican hasta los primeros meses/años de vida. Las MV aumentan de tamaño con el crecimiento, presentando amplia variedad fenotípica. Pueden ser simples: capilares, linfáticas, venosas...; combinadas; síndromes. El descubrimiento de nuevas mutaciones somáticas y hereditarias implicadas en la hiperactivación de la vía RAS/MAPK/ERK y la vía del fosfatidilinositol 3 quinasa (PIK3)/AKT/mTOR han permitido la reclasificación de estas anomalías vasculares e investigar nuevas terapias dirigidas.

El síndrome de Klippel Trenaunay (SKT) se produce por una mutación somática en PIK3, subunidad catalítica (PIK3CA), englobándose dentro del espectro PROS (síndromes de sobrecrecimiento relacionados con PIK3CA). Es un trastorno poco frecuente consistente en malformaciones vasculares, venosas, sobrecrecimiento de tejidos blandos y óseos de la zona afecta que puede asociar anomalías linfáticas, alteraciones oculares, luxación de caderas, dolor local o coagulopatía. Por tanto, precisa un tratamiento multidisciplinar. Uno de los tratamientos usados es el sirónimus, inhibidor de la vía mTOR.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 4 años con lesión vascular desde el nacimiento en miembro inferior derecho, extensión: glúteo, zona posterior de muslo, gemelo y planta del pie (imagen), asociando asimetría de miembros inferiores en diámetro y longitud. No antecedentes familiares ni personales de interés, excepto otitis de repetición con sordera en la infancia derivando en retraso del lenguaje, resto de desarrollo psicomotor normal.

Pruebas de imagen locales ecografía y AngioRMN: aumento de partes blandas y dilatación leve de la vena safena interna derecha con circulación colateral superficial en región interna y posterior. No fístula arteriovenosa. Estudio genético en sangre (exoma de 37 genes asociados a hemangiomas): negativo. Se realiza biopsia piel detectándose mutación (single nucleotide variation) en el gen PIK-

3CA Exon6p.Glu365Lys, diagnosticándose de SKT, iniciándose tratamiento con sirilimus a los 3 años. Mejoría de la lesión en la zona proximal y disminución del dolor. No mejoría del sobrecrecimiento asimétrico. Seguimiento multidisciplinar por rehabilitación, traumatología, oncología y dermatología.

DISCUSIÓN

El SKT, se debe a mutaciones somáticas en el gen PIK3CA, con activación proteica, produciendo un crecimiento excesivo celular por desregulación de la vía mTOR1.

Debido la variabilidad clínica un abordaje multidisciplinario es fundamental para el manejo adecuado de estos pacientes (incluyendo medidas conservadoras, intervencionista para reducir el tamaño y restablecer la funcionalidad). El tratamiento controla los síntomas, no evitando la progresión. El avance a nivel genómico/molecular, como el descubrimiento de PIK3CA abre las puertas a tratamientos dirigidos como inhibidores de PIK3CA (Alpelisib/Miransertib).

PROTEGIENDO SU PIEL: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PEDIATRÍA

Rosario Garrido Fernández, Rosario Fernández Sánchez,
Ana Cristina Pérez Montagut y María Teresa Estepa López

INTRODUCCIÓN

Se suele asociar lesión o úlcera por presión (UPP) con persona mayor e inmovilizada, sin embargo la población pediátrica y neonatal también pueden padecer estas lesiones. Diferentes factores como los avances en la tecnología sanitaria en estas edades, la fragilidad de la piel en neonatos, en especial en prematuros, el uso de dispositivos sanitarios y la inmovilidad que causan estos, hacen que sean un grupo especialmente vulnerable. Por ello hemos identificado la necesidad de crear el primer protocolo de prevención de úlceras por presión específico en edad pediátrica en nuestro hospital.

OBJETIVO

Dar a conocer el protocolo para unificar criterios al realizar los cuidados enfermeros en prevención de úlceras por presión en pediatría de acuerdo con la evidencia científica, disminuyendo su incidencia.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Este protocolo se lleva a cabo en los todos los servicios de pediatría del centro (Unidad de Gestión Clínica médico-quirúrgica de la Infancia), contando con enfermeras referentes en cuidados de úlceras en cada uno de ellos. El método para la valoración del riesgo es el uso de la Escala e-NSRAS (Neonatal Skin Risk Assessment Scale) para menores de un mes, y la Escala Braden Q: desde un mes hasta catorce años. Se aplicarán en las primeras 24h de todo recién nacido o ingreso en Unidad de cuidados intensivos neonatal, pediátrica y hospitalización. La revalorización será cada 24h si existe riesgo y si no existe riesgo cada 48-72h en unidades de cuidados intensivos y cada 7 días en hospitalización, o siempre que haya un cambio clínico. Para la prevención y tratamiento de este tipo de lesiones seguimos la guía de recursos materiales de heridas crónicas de la plataforma logística Sanitaria de Granada.

RESULTADOS

Tras un año de implantar el protocolo se ha observado como ha mejorado el registro de las valoraciones de riesgo con sus correspondientes escalas y el correcto seguimiento del cuidado de las úlceras como se refleja en la disminución de estas al alta hospitalaria. También hemos detectado que los servicios con más índice de riesgo son neonatología y cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se ha demostrado como la aplicación de un protocolo específico para pediatría incide tanto en la prevención de úlceras por presión como en el abordaje correcto de estas, optimizando los recursos disponibles y mejorando la calidad de los cuidados realizados.

IMPORTANCIA DE FORMAR A ENFERMERAS/OS EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA DUAL

Pablo Velasco Fuentes, Pablo Jesús Molinero Rubio

INTRODUCCIÓN

A la coexistencia de una adicción y un trastorno mental, se le denomina patología dual. Los adolescentes que padecen esta patología son asiduos a los servicios de urgencias, necesitan sucesivas hospitalizaciones en unidades de salud mental, tienen dificultad para el cumplimiento de tratamientos y presentan conductas de riesgo. Los síntomas provocan gran sobrecarga en la familia

Son pacientes graves desde el punto de vista médico y psicosocial, siendo primordial su detección precoz.

Generalmente las redes de salud mental infanto juvenil, pediátricas y drogodependencias se gestionan por separado, dificultando el abordaje y aumentando el sufrimiento de estos pacientes

OBJETIVO

Valorar la importancia de un programa de formación dirigido a enfermeros/as de un área de gestión sanitaria y para detectar y/o derivar adecuadamente a los adolescentes con patología dual

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizará en un Área de Gestión Sanitaria mediante un curso de formación. Se trata de un estudio experimental pre-test / post-test. Se llevará a cabo utilizando tres métodos diferentes: cuestionarios antes y después del curso, evaluación diaria y entrevista de grupo focal (cuatro semanas después de finalizar el curso)

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

La detección precoz y el posterior tratamiento de la patología dual en adolescentes son un reto difícil, una realidad clínica infradiagnosticada y cada vez más frecuente. Debido a la inexistencia de formación académica reglada, es de vital importancia

XLVII Reunión científica de la SPAO

realizar programas de formación para la prestación de unos servicios de calidad.

En muchas ocasiones el personal de enfermería, es el primer y único punto de contacto con adolescentes que presentan el doble diagnóstico.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Dolores Montilla Castillo, Lucía Gómez López, Juana María Osorio Cámara, Silvia González Garrido, Rossella Ambrosino y Marta Martínez Carretero

INTRODUCCIÓN

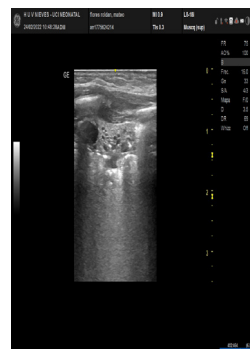
Las malformaciones pulmonares congénitas son patologías poco frecuentes con etiología desconocida. Dentro de estas malformaciones, la malformación adenomatoide quística (MAQ) o malformación congénita de la vía aérea pulmonar (MCVAP) es la patología más frecuente, caracterizada por un desarrollo inapropiado de estructuras bronquiales a expensas de los alveolos, sustituyendo el tejido pulmonar por quistes de tamaño y número variable. Existe una clasificación, definida por Stocker, en 3 grupos, siendo el tipo I grandes quistes, el tipo II pequeños quistes y el tipo III adenomatoidea. Recientemente, se añadieron dos grupos más, el 0 displasia o disgenesia acinar y el tipo IV con afectación periférica de quistes grandes multiloculados.

El diagnóstico suele ser ecográfico prenatal. Al nacimiento ha de realizarse una radiografía de tórax, una ecografía torácica precoz previo a la completa aireación del pulmón y un TAC para confirmar patología y extensión. Las manifestaciones clínicas son variables desde las formas asintomáticas hasta distrés neonatal, neumotórax o neumonías de repetición ante diagnósticos tardíos.

Puede asociarse a otras malformaciones pulmonares y mayor riesgo de malignización, siendo los tumores más frecuentes el blastoma pleuropulmonar (BPP) y el carcinoma bronquioloalveolar.

En cuanto al tratamiento, no hay un acuerdo claro, siendo el tratamiento de elección quirúrgico en casos sintomáticos y en asintomáticos bilaterales,

multifocales o con antecedentes familiares de BPP. En el resto de casos, valorar riesgo-beneficio.

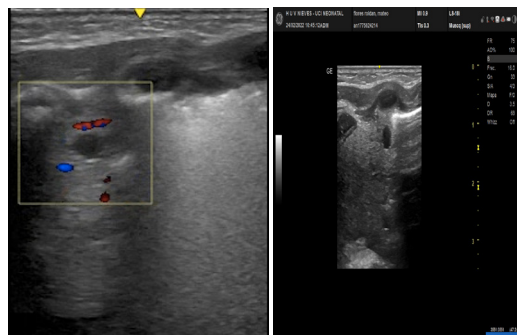


DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido a término en seguimiento por Medicina Fetal por imagen quística en lóbulo superior izquierdo (LSI) con desplazamiento mediastínico hacia la derecha, compatible con MCVAP.

Al nacimiento, se realizó de forma precoz radiografía y ecografía torácica, apreciándose consolidación en LSI y múltiples imágenes quísticas ocupando 2/3 del hemitórax, compatible con MCVAP.

A las 48 horas de vida, comienza con taquipnea y tiraje subcostal leve, sin llegar a precisar soporte respiratorio. Actualmente, tiene 13 días de vida, está pendiente de realización de TAC para valorar extensión y decidir actitud terapéutica tras reunión multidisciplinar.



DISCUSIÓN

Las malformaciones congénitas pulmonares son patologías poco frecuentes, sin embargo es importante pensar en ellas ante una dificultad respi-

ratoria en el periodo neonatal. No es infrecuente la aparente resolución de las lesiones en las ecografías prenatales, pudiendo presentar radiografía de tórax normal al nacimiento, pero con imágenes patológicas en el TAC torácico. Por tanto, una radiografía normal no excluye del diagnóstico. El tratamiento, es controvertido, siendo necesario individualizar cada caso, valorando riesgo-beneficio en caso no sea clara la indicación quirúrgica.

LESIONES VESICULOAMPOLLOSAS EN EL RECIÉN NACIDO. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

María Dolores Montilla Castillo, Lucía Gómez López, Silvia González Garrido, Juana María Osorio Cámara, Rossella Ambrosino y Marta Martínez Carretero

INTRODUCCIÓN

Ante la presencia de lesiones vesiculoampollosas en un recién nacido debemos plantear un amplio diagnóstico diferencial. Es preciso diferenciar los trastornos benignos y autolimitados, como el eritema toxico alérgico, la melanosis pustulosa neonatal transitoria, el acné neonatal o la acropustulosis infantil, de otras condiciones más relevantes que puedan precisar tratamiento específico.

Debemos guiarnos por la historia clínica, cuyo pilar más importante es la exploración física, que en la mayoría de circunstancias nos llevarán al diagnóstico. Ciertas pruebas complementarias como cultivos, biopsia o estudio genético pueden ser necesarias en algunas condiciones.

Siempre ha de ser considerada la causa infecciosa, ya sea viral (virus herpes simple, virus varicela zoster), fúngica (candidiasis) o bacteriana. Dentro de las causas bacterianas, la infección por *S. Aureus* es la más frecuente, que además de impétigo y pustulosis localizada puede causar el síndrome de la piel escaldada por estafilococo.

A pesar de ser menos común, hay que descartar ciertas condiciones genéticas o hereditarias como epidermólisis bullosa, que cursa con fragilidad cu-

tánea y formación de vesículas ante mínimos traumatismos, aplasia cutis, incontinencia pigmentaria o mastocitosis cutánea.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido a término, sin antecedentes perinatales de interés, que ingresa a los 8 días de vida por aparición de lesiones ampollosas en varios dedos de manos y pies, axilas y zona del pañal, algunas de ellas con costra melicérica, asociando conjuntivitis.

Presenta disminución de la ingesta con mayor tendencia al sueño. Afebril, sin otra sintomatología.

Se solicita cultivo de lesiones cutáneas, conjuntival y hemocultivo, con crecimiento de *S. Aureus* en las tres muestras. No elevación de reactantes de fase aguda, serologías negativas.

Ante la sospecha inicial de impétigo ampolloso, se inicia tratamiento antibiótico sistémico y tópico, con mejoría clínica inicial. Al mes de vida, persiste eritema en pulpejos de los dedos y conjuntivitis con cultivos negativos. Ante este hallazgo, se amplía el diagnóstico diferencial a epidermólisis bullosa, solicitándose estudio genético e iniciándose tratamiento con corticoides tópicos, mejorando el cuadro.

DISCUSIÓN

Múltiples causas pueden desencadenar la aparición de lesiones vesiculoampollosas en el recién nacido. La historia clínica y las pruebas complementarias son útiles para orientar el diagnóstico inicial, aunque la evolución clínica es importante para su confirmación. En el caso presentado la sospecha de impétigo ampolloso resulta elevada ante la historia clínica y los cultivos, pero la evolución a medio plazo remarca la dificultad del diagnóstico diferencial, ampliándose a una entidad muy diferente como la epidermólisis bullosa.



SÍNDROME TRANSFUSIÓN FETO MATERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Angel Morillas Mingorance, Marta Martínez Carretero, Juana María Osorio Cámara, María Dolores Montilla Castillo, Rossella Ambrosino y Lucía Gómez López

El síndrome de transfusión feto-materna (STFM) es una entidad clínica que consiste en el paso de hematíes fetales a la circulación materna. Puede tratarse desde una pérdida sanguínea mínima hasta condicionar complicaciones graves si supera el 20% de la volemia del feto.

La clínica más frecuente es la disminución de los movimientos fetales y alteraciones en el registro cardiotocográfico. Puede provocar anemia fetal grave con alto riesgo de mortalidad por colapso hemodinámico. La etiología es desconocida en la mayor parte de los casos, aunque se asocian factores de riesgo como técnicas de diagnóstico prenatal invasivo, maniobras de versión externa o traumas obstétricos, aunque ninguno es claro causante de la patología.

El diagnóstico puede realizarse mediante técnicas cualitativas como la prueba de Roseta o cuantitativas como citometría de flujo o el test de Kleihauer-Betke. Cuando éstas no están disponibles, la electroforesis resulta una herramienta válida, cuantificando la hemoglobina fetal en sangre materna.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacida a término que nace tras cesárea urgente por registro cardiotocográfico alterado, con disminución de la percepción de los movimientos fetales en las 24 horas previas. Nace sin esfuerzo respiratorio, intensa palidez mucocutánea, bradicardia e hipotonía generalizada. Apgar 1-4, precisando reanimación vigorosa, intubación, masaje cardíaco y administración de carga de volumen. Ingresa en UCI Neonatal con sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica, anemia grave, inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica y exploración neurológica patológica, iniciándose tratamiento con hipotermia activa.

En gasometría de cordón, hemoglobina de 3 g/dL, realizándose transfusión de concentrado de hematíes en la primera hora de vida. Preciso dos nuevas transfusiones en las siguientes 48 horas hasta la normalización de los valores de hemoglobina. Se descartó desprendimiento de placenta durante la cesárea y otras causas de sangrado de origen materno, siendo el resultado del test de Coombs negativo. Tras consultar con Hematología, ante sospecha de síndrome de transfusión feto-materna, se solicitó electroforesis de sangre materna, detectándose un 6% de hemoglobina fetal (valores normales 0-2%).

DISCUSIÓN

El STFM es una enfermedad poco frecuente con importante morbi-mortalidad perinatal. La sospecha clínica precoz y la decisión del parto son clave para aumentar la supervivencia. El pronóstico dependerá de la estabilización y manejo inicial del neonato. La detección de hemoglobina fetal en sangre materna permite confirmar la sospecha diagnóstica, y a este propósito la electroforesis resulta una herramienta útil, considerando que no se dispone en todos los centros de los test diagnósticos clásicamente descritos en la literatura.

HIPERTROFIA AMIGDALAR. NO SIEMPRE SON BENIGNAS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M^a Belén Hurtado Olmo, Noelia Moreno Toro, Emilia Urrutia Maldonado, María José Ortega Acosta, Irene Peláez Plegazuelos

INTRODUCCIÓN

La hipertrofia amigdalар es una situación muy frecuente en la infancia y generalmente, no requiere tratamiento.

Durante la infancia, se produce un aumento del tejido linfopitelial debido a una intensa actividad inmunológica ante la exposición a diversos antígenos.

Las amígdalas se sitúan en zonas relativamente estrechas de las vías respiratorias por lo que

aumentos de volumen puede dificultar la deglución, producir dolor, ronquidos nocturnos-apneas (SAHOS) o insuficiencia respiratoria.

En el diagnóstico diferencial de hipertrofia amigdal unilateral se encuentran: infecciones (más frecuentemente víricas), patologías crónicas como tuberculosis, procesos linfoproliferativos como linfomas u otros tumores.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos 2 niños con hipertrofia amigdal persistente, que se trataron inicialmente con AINEs y antibioterapia sin mejoría. Posteriormente, con corticoides sistémicos hubo una remisión parcial.

En uno de los pacientes el tratamiento fue empírico por vía telemática debido a la pandemia por SARS COV2 (lo que pudo retrasar el diagnóstico).

Como sintomatología, uno de ellos presentó ronquido nocturno durante meses y voz gangosa. El otro paciente presentó odinofagia progresiva. No síntomas constitucionales.

A la exploración destacaba hipertrofia amigdal unilateral, con desviación de la úvula hacia el lado contrario.



Ante la persistencia de la clínica y aumento del tamaño de la amígdala de forma unilateral, fueron derivados a Otorrinolaringología y Oncohematología. Con una prueba de imagen no invasiva tal como una ecografía de cuello orientó el diagnóstico hacia patología tumoral (aumento de tamaño de la amígdala derecha con pérdida de patrón ecográ-

fico normal, aspecto hipoecogénico con pequeña área central hiperecogénica sugiriendo proceso linfoproliferativo o tumor de cavum).

El diagnóstico de ambos se confirmó mediante biopsia: linfoma de Burkitt estadio II (afectación extranodal no resecable con adenopatías locorre-gionales), recibiendo tratamiento según protocolo Inter-B-NHL 2010.

CONCLUSIÓN

El linfoma es el tumor maligno más frecuente en la infancia en cabeza y cuello. Las manifestaciones más comunes del linfoma en amígdala son: asimetría amigdal, alteración en la apariencia de la mucosa y adenopatías locorre-gionales. El más frecuente en varones adolescentes es el linfoma tipo B no Hodgkin tipo Burkitt, que es altamente agresivo y se caracteriza por presentar lisis tumoral y buena respuesta a la quimioterapia, con buen pronóstico en estadios tempranos.

La asimetría amigdalina es uno de los hallazgos sugestivos de patología maligna. A veces puede ser confundida con infecciones o procesos inflamatorios, retrasando el diagnóstico, pudiendo ayudar a un diagnóstico precoz una prueba sencilla y no invasiva como una ecografía de cuello.

NEUTROPENIA AUTOINMUNE PRIMARIA: EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

M^a Belén Hurtado Olmo, Noelia Moreno Toro, Emilia Urrutia Maldonado, María José Ortega Acosta, Irene Peláez Plegazuelos

INTRODUCCIÓN

La neutropenia se define como recuento absoluto de neutrófilos $<1500/uL$. Se clasifican según intensidad (grave $<500/uL$), duración (aguda/crónica (>6 meses)) o etiología.

En la época del lactante las neutropenias congénitas son poco frecuentes. Las neutropenias adquiridas más frecuentes son post-infecciosas, inducidas por fármacos o inmunológicas.

XLVII Reunión científica de la SPAO

Menos frecuentes secundarias a hiperesplenismo, déficits nutricionales o infiltración/alteraciones adquiridas de la médula ósea.

En las formas adquiridas la intensidad de la neutropenia moderada/grave es más frecuente en niños menores de 2 años, en la autoinmune primaria suelen ser muy graves, entorno RAN 250/mm³, con infecciones de repetición. No está asociada a ninguna enfermedad de base.

Está producida por autoanticuerpos específicos frente a neutrófilos, antígenos NA, NBY y ND (más del 25% frente NA-1). La evolución de la enfermedad es benigna con pronóstico excelente, remitiendo en 1-6 años.

DESCRIPCIÓN DE CASOS

Presentamos a 3 niñas, al diagnóstico entre 6-14 meses de vida con neutropenia grave (30- 340/uL). El hallazgo de la neutropenia fue casual al cursar con procesos febriles, desconociendo el inicio de la neutropenia.

Los 3 casos precisaron ingreso hospitalario por neutropenia febril recibiendo antibiótico empírico inicialmente.

En 2 casos no cursaron con proceso bacteriano, confirmándose infección vírica en una (VRS y enterovirus), el otro compatible con exantema súbito del lactante sin germen identificado.

Una de ellas cursó con neutropenia grave, mínimo RAN 20/uL, cursó con ectima gangrenoso por *Pseudomona aeruginosa*, precisando meropenem y factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) durante 1 mes.



**Ectima gangrenoso: evolución*

Durante el estudio de neutropenia, incluyendo médula ósea normal, se detectan anticuerpos antineutrófilo positivos en los 3 casos, diagnosticándose de Neutropenia autoinmune primaria del

lactante. En 2 casos se realiza exoma clínico para descartar causa congénita, siendo negativo.

Actualmente los 3 casos siguen en seguimiento estrecho con hemogramas, no presentando más cuadros infecciosos.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los casos de neutropenia autoinmune primaria evolucionan favorablemente pese a la cifra de neutrófilos, por lo que el recuento de neutrófilos no siempre refleja la gravedad de las infecciones. No obstante, se debe vigilar la posibilidad de cursar con cuadros graves.

Para el diagnóstico, la determinación de anticuerpos antineutrófilos es especialmente útil, teniendo en cuenta la posibilidad de falsos negativos y positivos y realizando despistaje de otras causas secundarias y congénitas.

El tratamiento no siempre es preciso, planteándose el uso de G-CSF en infecciones graves, recurrentes o cirugías.

ANEMIAS HEMOLÍTICAS CRÓNICAS CONGÉNITAS. DÉFICIT DE PIRUVATO KINASA. DIAGNÓSTICO Y NUEVOS TRATAMIENTOS. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Noelia Moreno Toro, Lucia Gómez López y Maria Dolores Montilla Castillo

INTRODUCCION

La deficiencia de piruvato quinasa (PK) es un trastorno enzimático hereditario (autosómico recesivo) de los hematíes que causa anemia hemolítica no esferocítica, normocítica (o macrocítica por reticulocitosis), Coombs negativa. Se asocia a hiperbilirrubinemia neonatal, sobrecarga férrica, cálculos biliares, trombocitosis reactiva... Gravedad variable desde muerte intraútero hasta anemia compensada que no requiere transfusiones.

El diagnóstico consiste en demostrar déficit de actividad de PK o mutación del gen PKLR en pruebas ge-

néticas. La PK en los hematíes transfundidos tendrá una actividad normal y puede dar falsos negativos.

El tratamiento consiste en transfusiones, quelantes férricos, ácido fólico, esplenectomía en casos severos, y otros tratamientos en investigación como trasplante de células madre hematopoyéticas, terapia génica o Mitapivat (activador de la PK).

El diagnóstico diferencial incluye otros defectos de los GR como la esferocitosis hereditaria (EH): La EH se diagnostica con test de Eosin-5-maleimida (EMA) o test de fragilidad osmótica (OFT) positivo, y genético. Estas pruebas también pueden dar falsos positivos en otras anemias hemolíticas.

DESCRIPCION DEL CASO

Niña de 4 años con anemia hemolítica, hiperbilirrubinemia y reticulocitosis, con necesidad transfusional desde el nacimiento que conlleva sobrecarga férrica. Diagnosticada de EH tras OFT positivo. Tratamiento hasta el momento: transfusiones periódicas, quelantes de hierro, ácido fólico. Se solicita exoma de hematología no tumoral: dos variantes en el gen PKLR, que codifica la enzima PK localizada en el cromosoma 1: mutación nonsense patogénica y mutación missense probablemente patogénica, en heterocigosis. Análisis genético padre: mutación en exon 10 del gen PKLR (misense). Madre: mutación en exón 9 del gen PKLR (no sense). Ante diagnóstico de déficit de piruvato kinasa se decide esplenectomía por dependencia transfusional. Posteriormente mejoría de la clínica con hemoglobina estable (11.6 gr/dL). Además, derivada a centro de referencia ante posibilidad de nuevos tratamientos si precisara (terapia génica vs ensayo clínico con Mitapivat).

Los padres deciden nueva descendencia por lo que se realiza consejo genético y selección de embriones compatibles con paciente (previamente solicitud HLA paciente, padres).

DISCUSION

El déficit de PK es una enfermedad genética AR por mutaciones en el gen PKLR, que consiste en anemia hemolítica crónica. El diagnóstico diferencial incluye otras causas de anemia hemolítica como la EH.

Debido a la infrecuencia y variabilidad clínica el diagnóstico puede ser difícil, siendo de gran ayuda las nuevas técnicas de diagnóstico genético que permitan consejo genético y manejo.

El tratamiento es sintomático, aunque nuevos fármacos como Mitapivat y terapias génicas suponen un gran avance.

AYUDA DE LA PRUEBA DE ESFUERZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN LARÍNGEA INDUCIBLE O DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES

Alfredo Valenzuela Soria, Juana Maria Osorio Camara, Sofía Alperi García y Ana Isabel Puertas Martínez

INTRODUCCIÓN

La obstrucción laríngea inducible (OLI), también conocida como disfunción de cuerdas vocales, es una entidad que cursa con una aducción inapropiada de éstas durante la inspiración, espiración o ambas.

La OLI cursa como episodios agudos de disnea de instauración súbita (73%), seguido de sibilancias (36%), estridor (28%) y tos (25%). Estos eventos suelen ser motivo de numerosas visitas a los servicios de urgencias y hospitalizaciones, siendo frecuentemente catalogada como asma refractaria y recibiendo en consecuencia múltiples tratamientos con broncodilatadores y corticoides tanto inhalados como sistémicos.

Predomina en mujeres, con una edad media de presentación de 14,5 años. El mecanismo fisiopatológico es desconocido, siendo descritos numerosos desencadenantes como el estrés, el ejercicio o irritantes como químicos o reflujo gastroesofágico.

La prueba de esfuerzo puede ayudar al diagnóstico mostrando un aplanamiento de la curva inspiratoria o de ambas, siendo la prueba de oro para la confirmación diagnóstica la visualización directa mediante fibrolaringoscopia.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 13 años que presenta cuadros recurrentes de 2 años de evolución de disnea que empeora con

el ejercicio, en ocasiones asociada a tos y estridor inspiratorio, lo que motiva múltiples visitas a Urgencias, precisando ingreso en una ocasión. Ha recibido tratamiento con broncodilatadores, corticoides, adrenalina nebulizada y antihistamínicos con escasa respuesta, alguna vez mejorando con ansiolíticos.

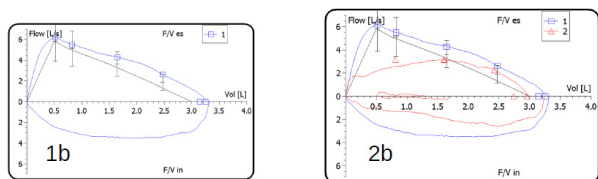
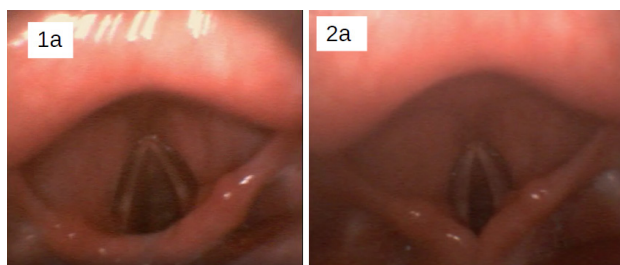
Ante cuadro de laringitis de repetición y disnea inducida por ejercicio es remitida a Unidad De Neumología con estudio básico normal (radiografía de tórax, analítica sanguínea). Se realiza espirometría basal con curva flujo/volumen normal y posteriormente prueba de esfuerzo donde se objetiva aplanamiento tanto de la curva inspiratoria como de la espiratoria. Se realiza fibrolaringoscopia en la que se visualiza posición de las cuerdas vocales en aducción.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso con alto índice de sospecha clínica de ILO que se refuerza con la prueba de esfuerzo y se confirma con la fibrolaringoscopia.

La OLI es una entidad infradiagnosticada que es importante conocer para evitar tratamientos innecesarios y complicaciones derivadas de un diagnóstico erróneo.

Para la prevención de episodios agudos es necesario identificar y eliminar los posibles factores precipitantes, siendo la psicoterapia y la terapia de la voz las bases del tratamiento a largo plazo.



LESIONES DERMATOLÓGICAS POR HERPESVIRUS

Luz Martínez Pardo, Elena Rivera Sánchez, Cristina Cabrera Corral, María del Mar Montes Valverde, Laura Morales Ojeda y María Pérez Rivera

INTRODUCCIÓN

Las infecciones cutáneas víricas son frecuentes en pediatría. Entre los agentes más frecuentes encontramos el virus herpes simple (VHS) y el virus varicela-zóster (VVZ). Pueden producir: gingivoestomatitis, herpes cutáneo-labial, genital, panadizo herpético, erupción variceliforme de Kaposi y herpes gladiatorum el VHS, y herpes zóster por VVZ. En muchos casos bastará con tratamiento sintomático, reservando el tratamiento antivirico sistémico para formas graves. Presentan curso generalmente autolimitado en pacientes inmunocompetentes, aunque también pueden desencadenar graves complicaciones.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

1. Niño de 23 meses que consultaba por fiebre y lesiones cutáneas en región peribucal y oral, con dificultad para la ingesta. Como antecedentes personales presentaba dermatitis atópica (DA), intolerancia a la proteína de la leche de vaca y alergias alimentarias múltiples. Presentaba mal estado general, lesiones de DA en tronco y extremidades, lesiones maculopapulares y costrosas en región peribucal, oral, cuello y dorso de manos con signo de Nikolsky positivo. Además, una lesión exudativa, con sangrado activo en mentón. Analítica sanguínea normal, hemocultivo y cultivo de lesiones negativos. Serología de VHS-1: IgM e IgG positiva. Diagnóstico: erupción variceliforme de Kaposi

2. Niño de 9 años con lesiones dermatológicas en diferentes estadios, sugerentes de varicela, y fiebre. Presentaba alergia alimentaria múltiple y DA grave en tratamiento con Micofenolato de Mofetilo. Lesiones variceliformes, algunas de aspecto hemorrágico y ulcerosas, en diferentes estadios, sobre piel eritematosa generalizada compatible con patología de base. Refería picor. Se diagnosticó por presentar PCR a VVZ positiva en lesiones, así como IgG positiva a varicela, debido a la

vacunación previa, siendo, por lo tanto, reactivación de dicho virus en forma de herpes zóster diseminado.

En ambos casos se produjo buena evolución tras tratamiento con aciclovir intravenoso y antihistamínicos orales, presentando mejoría clínica y analítica, desaparición de la fiebre y remisión de las lesiones.

3. Paciente de 8 años con panadizo en 3º dedo de mano izquierda con inflamación, edema, y lesiones vesículo-pustulosas desde hace una semana. Antecedente de piel atópica. En tratamiento con Amoxicilina-clavulánico desde hace 6 días, sin mejoría. PCR para VHS-1 positiva en frotis de la lesión (panadizo herpético). Se instauró aciclovir tópico y oral y progresivamente las lesiones mejoraron hasta desaparecer tras 2-3 semanas.

DISCUSIÓN

Es fundamental la sospecha clínica y confirmación diagnóstica de estas entidades, para establecer un tratamiento precoz, que evite sus posibles complicaciones, pues aun siendo cuadros potencialmente graves disponen de tratamiento efectivo.

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE UVEITIS EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Saray Chica Martínez, Laura Morales Ojeda, María Pérez Rivera, Elena Villatoro Leiva, Gloria Viedma Chamorro y Elena Rivera Sánchez

INTRODUCCIÓN

La uveítis pediátrica es una patología poco frecuente con una incidencia baja, siendo bilateral y de localización anterior en la mayoría de los casos. En ocasiones los síntomas son indetectables lo que dificulta el diagnóstico y empeora el pronóstico en la agudeza visual.

La uveítis idiopática es la forma más común, destacando su asociación en un alto porcentaje con la artritis idiopática juvenil (AIJ) y en tercer lugar secundario a infecciones/enfermedades sistémicas (toxoplasmosis, E. de Lyme, toxocara canis, sarcoidosis). La uveítis asociada a AIJ suele ser anterior y cursa en forma de brotes recurrentes o bien de manera crónica.

La historia clínica es fundamental para poder establecer la etiología de la uveítis y orientar las pruebas complementarias necesarias para establecer un diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos a continuación, una tabla a modo de resumen de las seis uveítis diagnóstica-

Tabla 1. Recogida de datos pacientes pediátricos diagnosticados de uveítis

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre	Hombre	Mujer
Edad al diagnóstico (años)	8	8	4	8	10	11
Tipo de afectación ocular	Uveítis anterior e intermedia bilateral	Uveítis anterior bilateral, queratopatía en banda y catarata subcapsular posterior	Uveítis anterior bilateral y sinequias posteriores	Uveítis anterior bilateral e intermedia	Uveítis bilateral intermedia	Uveítis anterior e intermedia bilateral
Clínica	Visión borrosa, hiperemia ocular y dolor a la movilización	Hiperemia ocular, opacidad corneal.	Dolor ocular y lagrimeo	Visión borrosa e hiperemia ocular	Disminución de agudeza visual	Hiperemia ocular y lagrimeo
ANA / HLA-B27	-/-	+/-	+/-	-/-	-/-	-/-
Clínica articular	-	-	Oligoarticular (rodillas)	-	-	-
Tratamiento	MTX oral + Adalimumab	MTX oral + Adalimumab	MTX sc + Adalimumab	MTX sc + CTC	CTC	MTX sc + CTC

das en nuestro hospital, el tipo y el tratamiento actual de los mismos. En nuestro caso, no hubo diferencias de prevalencia con respecto al sexo. La edad media al diagnóstico es de 8 ± 2 años, siendo la sintomatología más frecuente del inicio del cuadro la disminución de agudeza visual junto con hiperemia ocular. El tipo de uveítis predominante fue uveítis intermedia en forma de brotes recurrentes. En todas se descartó causa infecciosa de la misma. Con respecto a la positividad de marcadores reumatológicos, sólo fueron ANA positivos en un 33%, coincidiendo con aquellos donde la afectación ocular fue más severa, con complicaciones posteriores tales como sinequias posteriores o formación de catarata subcapsular. El 83% de los casos se encuentra actualmente con tratamiento con metotrexato (MTX), siendo la administración subcutánea la más frecuente, y por último, el 50% tienen un tratamiento combinado con MTX y con anticuerpos monoclonales.

DISCUSIÓN

- La uveítis anterior crónica asintomática es la manifestación extraarticular más frecuente en la AIJ por eso debemos de tenerla en cuenta en nuestro diagnóstico diferencial.
- La coordinación entre oftalmólogos especializados en uveítis pediátrica y reumatólogos pediátricos es fundamental para el manejo de la enfermedad y el inicio de tratamiento inmunosupresor de forma precoz para evitar complicaciones severas e irreversibles.
- El tratamiento de las uveítis con fármacos biológicos ha mejorado la respuesta clínica y disminuye las recurrencias en los pacientes.

EMPIEMA Y ABSCESOS PULMONARES MÚLTIPLES EN ESCOLAR CON COVID-19

Ana Pérez Aragón, Irene Gómez de Travedo Calvo, Teresa Rodríguez Cruzado, Ana Gámez Belmonte, Ivan Gutiérrez García y Catalina Ortiz Paredes

INTRODUCCIÓN

La mayoría de infecciones por SARS-COV-2 en pacientes pediátricos suelen ser leves o asintomá-

ticas, sin necesidad de hospitalización. Las nuevas mutaciones en el genoma de este virus han demostrado tener más mortalidad y morbilidad en individuos jóvenes. Presentamos el caso de una paciente con infección por SARS-COV-2 complicada con neumonía con derrame pleural y abscesos pulmonares múltiples.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 4 años que consulta por fiebre de 4 días de evolución junto a decaimiento, dolor costal con omalgia izquierda y test de antígeno SARS-COV-2 positivo. En la exploración física destacaba un Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) inestable con auscultación pulmonar patológica con hipoventilación en todo hemitórax izquierdo y crepitantes en cara anterior, tiraje supraesternal y adecuadas saturaciones con aire ambiente. En la analítica se objetivó leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda (PCR de 230mg/dl, Procalcitonina de 1.31ng/ml) y PCR para SARS-COV-2 positiva. La radiografía de tórax mostraba condensación alveolar en lóbulo inferior izquierdo y lingula que se confirmó con ecografía pulmonar, en la que además se constata derrame pleural izquierdo y tres abscesos pulmonares intraparenquimatosos.

Se decidió ingreso en UCI pediátrica para colocación de drenaje pleural e inicio de antibioterapia intravenosa con clindamicina y cefotaxima. El líquido pleural extraído por toracocentesis fue purulento cumpliendo criterios de empiema y, además, fue positivo para antígeno de neumococo. La PCR para virus respiratorios/bacterias, cultivo de líquido pleural y hemocultivo fueron negativos. Durante su ingreso, tanto los controles radiográficos y ecográficos como la analítica sanguínea fueron mejorando progresivamente hasta la normalidad.

COMENTARIOS.

El riesgo de complicaciones asociadas a la neumonía por SARS-COV-2 se incrementan a medida que aumenta el tiempo de progresión de la enfermedad. Entre sus complicaciones destaca el derrame

pleural que puede asociarse a una sobreinfección bacteriana, originando un empiema. Sin embargo, no se encuentran en la literatura actual casos similares de empiema y abscesos pulmonares múltiples concomitantes en pacientes pediátricos con infección por la Covid-19.

Son necesarios más estudios para conocer mejor las complicaciones asociadas y poder tener un mejor abordaje ante estas patologías y su relación con la infección por SARS-COV2.

LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO MOLECULAR DEL OLIVO PARA UNA CORRECTA INMUNOTERAPIA

Ana Sofía Cadenas Villegas, Raquel Rocío Romero García, María Cristina Palma Conesa, María González Bolívar, Ana María Campos Martínez y Pilar Ureña Ruiz

El asma alérgico es uno de los principales problemas de salud en la población pediátrica debido a su alta prevalencia y cronicidad, siendo el polen del olivo uno de los alérgenos más frecuentes, en especial en nuestra área geográfica. Actualmente, la inmunoterapia alérgeno-específica es el único tratamiento capaz de cambiar el curso de enfermedad. Se han encontrado al menos 20 proteínas con actividad alergénica en el polen del olivo. De ellas, ole-e-1 se considera el alérgeno mayoritario, por lo que la mayoría de las técnicas de inmunoterapia se han dirigido frente a este alérgeno. Sin embargo, además de este, se han caracterizado más alérgenos del olivo (ole-e-1 a 15). La mayoría de ellos han sido clonados y producidos como formas recombinantes, permitiendo determinar el perfil alergénico preciso de los pacientes para una posterior inmunoterapia más personalizada con una mayor tasa de respuesta.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 8 años con asma persistente moderada y rinoconjuntivitis, presentando unas 10 agudizaciones al año. En un primer control analítico, presenta sensibilización para el polen del olivo con IgE específica en 78.6 ku.arb/L, por lo que inicia inmunoterapia dirigida frente a ole-e-1, con respuesta

parcial. En períodos de intercrisis presenta tos con el esfuerzo, sin tos nocturna. En primavera persisten agudizaciones importantes, con mal control con budesonida de base, precisando ventolín a diario. Posteriormente, en nuevo control analítico incluyendo los alérgenos del polen del olivo por separado presenta Ac IgE olivo >100 ku.arb./L, Ole e 1 Ac IgE >100 ku.arb., Ole e 7 Ac IgE 65.9 ku.arb./L y Ole e 9 Ac IgE 2.99 ku.arb./L, lo cual permitió iniciar el tratamiento con inmunoterapia dirigida frente a estos. Tras un año, presenta muy buena evolución con tratamiento de base con Montelukast y budesonida. Después de varios meses se desescala tratamiento hasta no necesitar medicación de base, permaneciendo en los últimos meses prácticamente asintomático.

CONCLUSIONES

- La inmunoterapia específica con alérgenos (ITA) es el único tratamiento que modifica la historia natural de la sensibilización alérgica y busca conseguir la tolerancia inmune a los alérgenos clínicamente relevantes.
- Las nuevas técnicas que permiten la determinación de anticuerpos frente a los diferentes alérgenos del polen del olivo, y la consecuente posibilidad de realizar un tratamiento dirigido, es un gran avance para mejorar la calidad de vida y la sintomatología de estos pacientes, permitiendo evitar la sobremedicación y cambiando drásticamente su evolución.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA ESOFAGITIS POR CAÚSTICOS

Paloma García Peces, Ana María Campos Martínez, Pilar Ureña Ruiz, Andrea Villanueva García, Aida María García Cuesta y Ana Sofía Cadenas Villegas

La esofagitis por caústicos se produce tras el contacto del tracto digestivo superior con materiales erosivos. El gran desarrollo de productos químicos cada vez más potentes y su uso rutinario en el hogar ha favorecido que sea un motivo importante de consulta en pediatría, siendo los niños la población

más vulnerable. El grado lesional se relaciona con el tipo, cantidad, concentración y tiempo de contacto en la mucosa. Prácticas como la inducción del vómito, el lavado gástrico y el carbón activado están contraindicados al favorecer la reexposición del agente y aumentar el riesgo de aspiración. La endoscopia digestiva alta (EDA) está indicada ante la sospecha de esta patología, incluyendo los casos asintomáticos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 17 meses, sin antecedentes médicos de interés, que acude tras sospecha de ingesta accidental por cáusticos al ser encontrado en domicilio con un recipiente de amoníaco en las manos. Ante la imposibilidad de verificar la ingesta al no ser presenciada, el familiar a su cargo le induce el vómito. Es traído a urgencias de pediatría objetivándose mucosas edematosas con sialorrea y odinofagia. Ante los hallazgos en la exploración, se decide realizar radiografía de tórax, sin indicios sugestivos de perforación, y control analítico, que resulta dentro de la normalidad. Se realiza EDA bajo sedación, siendo diagnosticado de Esofagitis tipo I según clasificación Zargar (edema e hiperemia de mucosas). Se ingresa en planta, manteniendo dieta absoluta, y asociando antieméticos, antibioterapia profiláctica, corticoterapia y fármacos antiH2 intravenosos. Tras 48 horas de la ingesta se decide alta hospitalaria logrando previamente adecuada tolerancia oral.

CONCLUSIONES

- La esofagitis por cáusticos es una patología potencialmente grave que precisa un manejo específico.
- Es prioritario el diagnóstico precoz, realizando las pruebas complementarias indicadas de manera temprana (<24h postingesta) con el objetivo de evitar lesiones irreversibles y disminuir la morbimortalidad.
- La endoscopia del tracto digestivo superior es una prueba fundamental para caracterizar esta patología, realizando un diagnóstico exacto y

determinando la extensión de la lesión, el pronóstico y orientando la actitud terapéutica. Se recomienda su realización en todos los casos.

- Las medidas iniciales se basan en la analgesia, antibioterapia y protección gástrica, siendo siempre prioritario el adecuado manejo de la vía aérea.
- Es importante la educación familiar para la prevención de accidentes domésticos, mediante la disminución de estos agentes en domicilio y su conservación en lugares seguros. Se debe contactar de forma rápida con toxicología y acudir a su centro sanitario más próximo.

NO TODO ESTRIDOR ES LARINGOMALACIA Y NO ANTE TODO ESTRIDOR LA ACTITUD ES EXPECTANTE

Alfredo Valenzuela Soria, Ana Isabel Puertas Martínez y Sofía Alperi García

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes patologías que se pueden manifestar como estridor persistente en la infancia, desde trastornos congénitos a adquiridos.

La mayoría de las veces la historia clínica, la edad del niño y el examen físico nos permiten una presunción diagnóstica; siendo la laringomalacia la patología más frecuentemente diagnosticada, pero no debemos olvidar aquellos datos de anamnesis o exploración que nos indiquen que puede requerirse un estudio más exhaustivo.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos los siguientes dos casos clínicos:

El primer caso es un niño de cinco años que es visto en consulta por presentar estridor persistente bifásico (ins y espiratorio) desde el nacimiento, sin dificultad respiratoria ni tiraje asociado. El paciente presenta tos y ruido respiratorio prácticamente de forma mantenida, aunque se acentúa con las infecciones respiratorias y con el ejercicio.

Es diagnosticado de laringomalacia (de forma clínica) desde el nacimiento. Recibe tratamiento con budesonida y salbutamol a demanda, sin evidenciar mejoría.

Se realiza fibrobroncoscopia, observando en tercio medio de tráquea varios anillos completos sin pars membranosa, compatible con estenosis de tercio medio traqueal, que se confirma posteriormente en TAC.

El segundo caso es un paciente de tres años que presenta tos y disnea asociada a estridor bifásico, que ocasiona numerosas consultas a los servicios de urgencias, diagnosticándose de laringitis de repetición y asma persistente de mal control. Se trata de forma empírica con budesonida y salbutamol, con escasa respuesta.

Se deriva a Neumología, realizándose TACAR y diagnosticándose de estenosis traqueal congénita.

CONCLUSIONES

Para el enfoque diagnóstico del estridor, además de su relación con el ciclo respiratorio, se deben tener en cuenta factores tales como la edad y modo de presentación, los desencadenantes, el tiempo de evolución, los síntomas acompañantes y la presencia de malformaciones asociadas.

Aunque la laringomalacia es la causa más común de estridor congénito, se debe sospechar anomalía anatómica ante un paciente con estridor persistente, progresivo y bifásico.

Por otro lado, la laringitis aguda es la causa más frecuente de estridor recurrente en niños, pero cabe recordar que es excepcional en los primeros meses de vida y en mayores de seis años, y no ocasiona estridor persistente.

Así, aunque la laringitis aguda recurrente y la laringomalacia son las causas más frecuentes de estridor persistente en el niño, debemos valorar siempre otras posibilidades diagnósticas y realizar estudio de vía aérea superior ante persistencia o progresión.

BLOQUEO AV COMPLETO RESUELTO DE FORMA ESPONTÁNEA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE MIOPATÍA CONGÉNITA

Iván Gutiérrez García, Laura Caravaca Pantoja y Sofía Alperi García

INTRODUCCIÓN

Existen numerosas patologías neuromusculares y miopatías que presentan afectación cardíaca, ya que la mayoría son enfermedades multisistémicas. Muchas de ellas asocian cardiopatía estructural o alteraciones del ritmo cardíaco, siendo frecuente el bloqueo auriculoventricular completo con necesidad de implante de marcapasos.

Describimos el siguiente caso por su evolución excepcional según la bibliografía vigente hasta la actualidad.

CASO CLÍNICO

Describimos el caso de un varón adolescente que presenta desde los tres años miopatía con hipertonía de miembros y contracturas generalizadas. Durante su infancia asocia talla baja y retraso del desarrollo psicomotor. Presenta además dermatitis atópica de difícil control y rasgos dismórficos como ptosis palpebral y facies alargada.

En la exploración neurológica destaca una hipotrofia muscular simétrica, contracturas generalizadas con piernas en retrocurvatum y marcha con flexión rotuliana. No asocia miotonía.

El estudio metabólico, la CPK, el EMG y el estudio cardiológico iniciales resultan normales.

A los 4 años, coincidiendo con un ingreso por exacerbación de su dermatitis se detecta bradicardia en la exploración. Se realiza ECG y Holter que muestran un bloqueo AV completo y una bradicardia mantenida asintomática.

El paciente no asociaba enfermedad miocárdica ni presentaba repercusión hemodinámica, encontrándose asintomático desde el punto de vista cardiovascular, por lo que se decide mantener actitud expectante sin implantar marcapasos y seguimiento estrecho en consulta.

XLVII Reunión científica de la SPAO

Se amplían estudios, sospechando un Síndrome de Schwartz-Jampel o un Síndrome de Emery-Dreifuss, ambas miopatías con anomalías cardíacas asociadas, siendo la genética negativa para ambas.

La biopsia muscular nos informa de miopatía con patrón de disproporción congénita de tipo de fibras, uno de los patrones de miopatía congénita.

Se amplía estudio genético con exoma dirigido para laminopatías, sin ser éste concluyente.

Con 13 años, en una revisión cardiológica, se objetiva resolución espontánea del bloqueo completo, quedando un BAV de primer grado asintomático que aún mantiene.

CONCLUSIONES

Presentamos el siguiente caso por no haber encontrado en la bibliografía existente ningún bloqueo AV completo que se resuelva espontáneamente en paciente con miopatía o enfermedad neuromuscular sospechada o confirmada.

Existen casos descritos de bloqueo completo resuelto asociado a lupus neonatal congénito, miocarditis de células gigantes, sarcoidosis, tras terapia de reperfusión en IAM e incluso idiopático; pero asociado a miopatía es totalmente anecdótico.

Por otro lado, recordar la importancia del abordaje multidisciplinar en estas patologías para intentar un mejor manejo de su evolución y posibles complicaciones.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE NIÑOS INGRESADOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ana Josefa Pérez Aragón, Ángel Morillas Mingorance,
Lucía López Rivera, Sofía Alperi García, Catalina Ortiz
Paredes e Iván Gutiérrez García

INTRODUCCIÓN

La población pediátrica no se ha visto tan afectada por el COVID-19 como otros grupos de edad, pues el SARS-CoV2 afecta con más frecuencia a adultos.

La mayoría de los niños son asintomáticos o casos leves, aunque existe un pequeño porcentaje que presentan el síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-CoV2 (SIM-PedS). Los síntomas más frecuentes son fiebre y tos, mientras que en el SIM-PedS son la fiebre y los síntomas gastrointestinales y cutáneos, siendo los respiratorios menos habituales. La mayoría de ingresos por COVID-19 que precisaron cuidados intensivos presentaron un SIM-PedS. Los niños menores de 3 meses, prematuros y con otras comorbilidades como obesidad, inmunodeficiencias y asma, tienen mayor riesgo de ingreso hospitalario. Otras patologías asociadas al ingreso son la infección urinaria, la gastroenteritis por otros virus y coinfecciones por virus respiratorios.

OBJETIVO

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos ingresados en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de infección por SARS-CoV2 o SIM-PedS.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional de pacientes menores de 14 años ingresados por COVID-19 desde el inicio de la pandemia hasta diciembre de 2021. Las variables recogidas fueron mes de ingreso, sexo, edad, días de estancia, antecedentes y clínica. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS y las variables se presentan como frecuencias y porcentajes y se compararon mediante tablas de contingencia y test chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes, habiendo ingresado 8 por otro motivo con infección SARS-CoV2 como hallazgo casual. Se incluyen 33 pacientes, 54,5% mujeres, con una media de edad de 4,7 años. La estancia media fue 5,2 días. Los meses con más ingresos fueron marzo y agosto de 2021. La patología asociada más frecuente fue asma (18,2%) y alergia a proteínas de leche de vaca (9,1%). 7 presentaron SIM-PedS (21,2%), precisando UCI

solamente uno (3%). La fiebre fue el síntoma más común (81,8%), seguida de síntomas gastrointestinales (48,5%) y respiratorios (42,4%), precisando oxigenoterapia 5 (15,2%). Los síntomas digestivos fueron más frecuentes en escolares y varones, pero no estadísticamente significativo ($p=0,056$). En los pacientes con SIM-PedS los síntomas más frecuentes fueron digestivos (31,3%).

CONCLUSIONES

La infección por SARS-CoV2 es un cuadro leve en la mayoría de niños que precisan ingreso, aunque hay que tener en cuenta patologías asociadas que pudieran incrementar el riesgo y conocer el SIM-PedS como caso de mayor gravedad. Son necesarios más estudios sobre evolución y factores de riesgo de ingreso en pediatría.

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL

Juan Luis Santos Pérez, Raquel González Villén, María Teresa Cáliz Molina y Marta Martínez Bascuñán

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años. Su presentación en el periodo neonatal es infrecuente, con una incidencia del 0,2% en menores de 1 mes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato de 3 días de vida, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por vómitos biliosos en las últimas 24 horas. Última deposición unas horas antes, sin productos patológicos. Su madre niega fiebre u otros síntomas acompañantes.

A la exploración TEP estable. Alerta. Mucosa oral pastosa. Abdomen distendido, no impresiona de doloroso. No se palpan masas. Al retirar el pañal se observa deposición con sangre y moco.

Se coloca sonda nasogástrica y se solicita radiografía de abdomen, en la que se observan asas intestinales distendidas y ausencia de gas distal, sugerente de obstrucción intestinal. Se completa estudio con ecografía, que constata distensión de asas yeyuno-ileales con posible cambio de calibre en fosa ilíaca derecha; no se aprecia imagen sugerente de invaginación ileocólica.

Ante la posibilidad de invaginación entero-ental se realiza enema opaco, sin observarse repleción retrógrada de íleon distal. En la radiografía de control persiste distensión de asas intestinales. Dado que no se puede descartar segmento ileal atrésico se realiza laparotomía exploradora, que demuestra divertículo de Meckel a aproximadamente 24 cm de la válvula ileocecal que en su brida al meso atrapa asa intestinal, observándose pequeña área de necrosis. Se procede a la liberación del asa comprometida, resección del divertículo y del segmento necrótico, y anastomosis termino-terminal de ambos segmentos ileales.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal constituye una emergencia quirúrgica. La causa más común en el recién nacido es la atresia intestinal; otras etiologías menos frecuentes incluyen la malrotación intestinal o la persistencia del conducto onfalomésentérico. El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una incidencia del 2-3% en la población. Normalmente su diagnóstico es incidental; sólo en un 4% de los casos provoca síntomas, debidos a complicación, los más comunes y por este orden: hemorragia por úlcera péptica, obstrucción de intestino delgado y diverticulitis, todas ellas más frecuentes en niños. El divertículo de Meckel sintomático en el recién nacido es raro y se reporta una incidencia de menos del 20% de todos los casos pediátricos. La variedad obstructiva no constituye la forma de presentación habitual en este grupo de edad, más frecuente en adolescentes, apareciendo aproximadamente en el 12% de los neonatos.

GLOBO VESICAL POR INGESTA MEDICAMENTOSA (CIPROHEPTADINA)

Tomás del Campo Muñoz, María Pérez Rivera, María Del Mar Montes Valverde, Elena Rivera Sánchez, Cristina Cabrera Corral y Elena Villatoro Leiva

INTRODUCCIÓN

La ciproheptidina (pranzo), es un antiserotoninérgico inespecífico con propiedades antihistamínicas, anticolinérgicas y sedantes, que puede ser usado como orexígeno, en cuadros de alergia y en el tratamiento profiláctico de la migraña y otras cefaleas vasculares.

Aunque su eficacia como estimulante del apetito no está científicamente demostrada, es habitual su indicación en atención primaria para niños con escasa ganancia ponderal, y con frecuencia, por la presión familiar durante episodios prolongados de anorexia del niño.

El porcentaje de efectos secundarios es bajo, con un amplio perfil de seguridad que facilita su prescripción. Los más frecuentes en pediatría son la sedación y el aumento de apetito. Otros descritos, aunque mucho menos frecuentes son: somnolencia, trastorno de la coordinación, nerviosismo, alucinaciones, trastorno de comportamiento y síntomas anticolinérgicos entre los que se encuentra la retención urinaria, taquicardia o hipotensión.

La retención urinaria es excepcional en pediatría; en la bibliografía médica sólo se encuentran casos aislados con etiologías muy diversas: infección del tracto urinario, uropatía obstructiva, alteraciones neurológicas, alteraciones psicológicas o como efecto secundario infrecuente de varios fármacos, como los anticolinérgicos (oxibutinina), antiinflamatorios no esteroideos (AINE), la loperamida o la propia ciproheptadina.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una niña de 3 años y 9 meses, 14 kg de peso (Percentil 50 aproximadamente), que acude a Urgencias por dolor abdominal. Refiere incapacidad para orinar de 14 horas de evolución, sin clínica de disuria.

Afebril, no ha presentado vómitos ni diarrea y la última deposición fue de características normales.

Antecedentes tanto personales como familiares, sin interés. En tratamiento con Pranzo (Ciproheptidina) 2 ml cada 8 horas pautado por su pediatra por escasa ingesta, desde hacía aproximadamente 1 mes y medio.

A la exploración, abdomen distendido con palpación de globo vesical. Resto de exploración normal. Se realizó sondaje vesical, con abundante orina clara, y sistemático de orina negativo.

DISCUSIÓN

Este caso es un ejemplo de un efecto secundario infrecuente pero relevante en un niño menor de 5 años, sano y sin retraso ponderal y, por tanto, sin indicación de uso de ciproheptadina. Este fármaco no debe ser prescrito de forma sistemática en niños sanos con buena curva ponderal, si no es necesario según nuestro criterio clínico, ya que no está exento de efectos secundarios importantes, como en el caso que se presenta.

No debemos olvidar que, ante una patología infrecuente en pediatría, siempre es necesario investigar sobre la toma de medicamentos y sus posibles efectos adversos.

PERICONDRITIS AURICULAR TRAS OTOPLASTIA BILATERAL

Eloisa Díaz Moreno, Juan Luis Santos Pérez, José Andrés Moreno Delgado, Ignacio Mastro Martínez, Marta Martínez Bascuñan y María Teresa Cáliz Molina

INTRODUCCIÓN

La pericondritis auricular es un cuadro poco frecuente en pediatría. La causa más frecuente es una infección tras traumatismos penetrantes, cirugías, quemaduras o por extensión de una otitis externa. En ocasiones el cuadro puede llegar a ser grave debido a que la avascularidad del cartilago auricular disminuye el acceso y la efectividad del antibiótico, llegando al extremo de necrosar y deformar el cartilago (oreja de coliflor). Entre las bacterias más frecuentes se encuentran *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 15 años que ingresa por sospecha de pericondritis auricular tras ser sometida a una otoplastia bilateral por orejas aladas. La intervención quirúrgica se realizó sin complicaciones y la paciente fue dada de alta con amoxicilina-clavulánico y analgesia. Al mes siguiente, acudió a Urgencias Pediátricas por presentar un dolor punzante en oreja derecha que se irradiaba hacia mastoides y hemicara derecha junto lesiones en el cartílago auricular que había tratado sin mejoría con crema cicatrizante. A la exploración presentaba una herida úlcero-costrosa sobrelevada en antitrago derecho, así como antehélix eritematoso. No presentaba exudado ni supuración tratándose con antibiótico tópico (mupirocina).

A los 15 días reconsulta por persistencia de los síntomas. Asociaba febrícula y se apreciaba la zona periauricular con signos de celulitis (inflamación y aumento de temperatura). Se trató con cefadroxilo y corticoides orales.

Dos días más tarde persistía el cuadro sin mejoría, por lo que se realizó ecografía de partes blandas (sin evidencia de colecciones definidas) y análisis sanguíneo (con hemograma y bioquímica normales). Se decidió ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico intravenoso con piperacilina-tazobactam cubriendo así una posible infección por *P. aeruginosa*. Con ello presentó mejoría y fue dada de alta tras 5 días de tratamiento intravenoso con Ciprofloxacino oral hasta completar 10 días de tratamiento.

DISCUSIÓN

- Ante la sospecha de pericondritis auricular infecciosa, se deben usar antibióticos que cubran bacterias como la *P. aeruginosa* y *S. aureus*. Para ello, se podría utilizar de primera línea fluoroquinolonas o cefalosporinas de tercera generación con acción antipseudomónica
- Es importante sospechar dicho cuadro y tratar de forma precoz, para evitar complicaciones como abscesos o necrosis del cartílago que pueden llegar a deformar la oreja y requerir desbridamiento y cirugía reconstructiva.

EL PAPEL DE LA INMUNOTERAPIA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME TLP

Paloma García Peces, Raquel Rocío Romero García, María Cristina Palma Conesa y Ana María Martín Suárez

INTRODUCCIÓN

La alergia a LTP es una alergia, típica de países mediterráneos, causada por unas proteínas contenidas en múltiples alimentos de origen vegetal tales como frutas, frutos secos, semillas, legumbres y cereales. Estas proteínas se localizan, sobre todo, en la parte externa de estos alimentos y son muy resistentes a la degradación gástrica, lo que los convierte en alérgenos muy potentes, causantes desde reacciones mucocutáneas leves hasta shock anafiláctico. En nuestro medio, la LTP más importante es la del melocotón (LTPPrup3), que se encuentra en las frutas pertenecientes a la familia rosáceas (como el melocotón, la manzana o la fresa), frutos secos (almondra, nuez, avellana, etc.) y otros vegetales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 8 años con antecedentes personales de asma del lactante, que acude a urgencias por un cuadro de reacción anafiláctica que comenzó tres horas después de la ingesta de varios alimentos, entre ellos manzana verde con piel. En una ocasión previa ya había presentado un episodio anafiláctico tras la ingesta de nuez y, desde entonces, síntomas rinofaríngeos y reacciones urticariales aisladas, sin desencadenante conocido. Es derivado a consulta de alergología, en la que, como pruebas complementarias, se realizan IgE específicas y prick test, detectándose sensibilización a las proteínas de transferencia de lípidos (LTP). Inicia inmunoterapia sublingual de LTP de melocotón, junto con dieta exenta de frutas y frutos secos. Desde el inicio del tratamiento, presenta reacciones locales esporádicas, identificando en una de ellas la ingesta de vinagre de manzana como desencadenante y, en otras ocasiones, dos cuadros anafilácticos tras ingesta alimentaria. Durante el estudio exhaustivo se consigue identificar alergia a distintas frutas, frutos secos y legumbres. Cuatro años después, continúa inmunoterapia y pruebas de tolerancia alimentaria, con evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la alergia a LTP es complejo. La historia clínica debe ser minuciosa, investigando no solo los alimentos consumidos sino también la forma en la que se cocinaron y procesaron. El cuadro clínico también es variado, iniciándose en forma de reacciones locales leves en piel y mucosas y llegando, en ocasiones, a generalizarse en forma de síntomas digestivos, respiratorios y cardiovasculares graves. Se debe interrogar también por posibles cofactores alérgicos como el ejercicio físico o la ingesta de AINE. Como pruebas complementarias son fundamentales las pruebas cutáneas y analítica con IgE específicas frente a alimentos. El tratamiento se basa en la dieta de evitación específica y, de forma reciente, en la inmunoterapia para LTP de melocotón.

SÍNDROME DE BAKER GORDON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Inmaculada Medina Martínez, Ivan Gutierrez García,
Sofía Alperi García, Luisa Maria Arrabal Fernandez, Lucia
Gómez López y Lucia López Rivera

INTRODUCCIÓN

Las sinaptopatías son entidades poco conocidas cuyo defecto causal reside en la disfunción de la sinapsis. Las sinapsis son estructuras neuronales que comprenden la membrana terminal del axón de la neurona presináptica, la hendidura sináptica y la densidad postsináptica de la neurona adyacente. Perturbaciones de la fisiología de la sinapsis pueden causar defectos funcionales importantes, que pueden llegar a manifestarse como trastornos del neurodesarrollo, del movimiento, así como formas graves de epilepsia. Su conocimiento tiene importantes repercusiones nosológicas y terapéuticas.

Caso:

Paciente de 2 meses sin antecedentes familiares ni personales de interés, derivada a consulta por hipotonía troncoaxial y sospecha de déficit visual. Durante el seguimiento se constata retraso psicomotor global y déficit visual con nistagmo pendular.

A los 7 meses comenzó con episodios paroxísticos sugerentes de crisis y el electroencefalograma (EEG) en privación de sueño mostró brotes de actividad lenta delta hipervoltada y actividad epileptiforme intercrítica frecuente focal sobre áreas bioccipitales. Se instauraron varios tratamientos antiepilépticos con efectividad parcial y que tuvieron efectos secundarios como somnolencia marcada. Finalmente la combinación más efectiva para el control de crisis fue con levetiracetam y lacosamida.

De entre las pruebas complementarias realizadas, destaca una mutación patogénica en el gen SYT1 (variante NM_005639.3). Este gen codifica un tipo de proteínas conocidas como sinaptotagminas, que actúan como proteínas de membrana integrales de vesículas sinápticas. Las variantes de este gen se han relacionado con el síndrome Baker-Gordon (BAGOS), un trastorno del neurodesarrollo muy infrecuente caracterizado por hipotonía infantil, anomalías oftálmicas, retraso del desarrollo global, anomalías del comportamiento, movimientos hipercinéticos y anomalías del EEG características en ausencia de convulsiones manifestadas ó generalmente con crisis subclínicas.

Tras estudio de segregación familiar, dichos hallazgos han sido compatibles con una mutación de novo en la paciente. Actualmente este tipo de patologías no son susceptibles de tratamiento específico, sí multidisciplinar. La paciente continua en seguimiento en nuestra consulta con estabilidad clínica y con la introducción actual de dieta cetogénica como estrategia terapéutica para control de crisis.

CONCLUSIONES

- Las sinaptopatías son entidades raras que es importante conocer por sus repercusiones nosológicas y terapéuticas.
- Debemos pensar en ellas ante espectros clínicos en los que se solapan encefalopatías epilépticas, trastornos del neurodesarrollo y trastornos de movimiento.

- La secuenciación exómic ha permitido la detección de mutaciones y el diagnóstico de este tipo de enfermedades.
- El síndrome BAGOS es un tipo de sinaptopatías que afecta a la hendidura sináptica.

PAPILOMATOSIS ORAL MÚLTIPLE EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Juan Luis Santos Pérez, Álvaro Vázquez Pérez y Pablo Alonso Peña

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia epitelial multifocal o enfermedad de Heck (EH), es una patología benigna de la mucosa de la cavidad oral, poco frecuente en nuestro medio. Está producida por el virus del papiloma humano (VPH), asociándose fundamentalmente a los genotipos 13 y 32, que no representan riesgo oncogénico. Se caracteriza por la presencia de múltiples pápulas proliferativas, no dolorosas, que en ocasiones pueden confluir formando lesiones papilomatosas. Se presenta principalmente en niños y adultos jóvenes. Es más frecuente en población indígena iberoamericana y en pacientes inmunodeficientes. Su diagnóstico es clínico, confirmándose con estudio anatomopatológico. Tiene una evolución autolimitada en la mayoría de los casos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 13 años de etnia gitana, con lesiones verrugosas en mucosa oral de unos 2 años de evolución, con aumento progresivo, no dolorosas. Había recibido en fases iniciales tratamiento con antifúngicos tópicos. Ante la sospecha de papilomatosis, es derivado a consulta de cirugía maxilofacial y de infectología pediátrica. A la exploración presentaba lesiones papilomatosas de tipo sésil en mucosa yugal y geniana (Figura 1). Control analítico (incluyendo valoración inmunológica) normal. Se realizó exéresis de las lesiones de mayor tamaño, y se realizó biopsia escisional. Informe histopatológico de hiperplasia epitelial papilomatosa. Estudio microbiológico con PCR positiva para VPH, aunque

no se pudo determinar el genotipo. En revisión a los 7 meses se evidencia aumento en número y tamaño de las lesiones en mucosa yugal, por lo que se decide nueva exéresis y vacunación con vacuna de VPH.

DISCUSIÓN

La EH presenta características histológicas distintivas, como es la hiperplasia epitelial, acantosis, paraqueratosis y elongación de las crestas interpapilares. Determinados factores genéticos, medioambientales y nutricionales pueden contribuir a su desarrollo, incluyendo déficits nutricionales y/o de higiene. Es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, principalmente con el condiloma acuminado, debiéndose en ese caso descartar la posibilidad de abuso sexual. En la EH, la mayoría de las lesiones se resuelven sin tratamiento, pero en algunos casos persistentes o recidivantes, está indicado el tratamiento quirúrgico o terapias locales como crioterapia, láser, Interferón o Imiquimod tópicos. Las vacunas contra el VPH pueden inhibir eficazmente la infección por el VPH, disminuyendo el porcentaje de infección VPH persistente oral, genital y anal, por lo que igualmente se propone su indicación particular en los casos de EH.

Figura 1. Lesiones papilomatosas múltiples en mucosa yugal y geniana.



POLIDACTILIA NEONATAL PANHIPOPITUITARISMO SINDRÓMICO

Jose Maria Gómez Vida y Pilar Ureña Ruiz

El panhipopituitarismo es una patología poco frecuente cuya sintomatología depende del grado en que se vean afectadas las diferentes vías hormonales que se encuentran en el eje hipotálamo-hipofisario.

En el caso que nos ocupa, se trata de una niña de 8 años remitida a nuestra consulta de Endocrinología pediátrica para seguimiento y control de panhipopituitarismo ya diagnosticado a los dos años de edad en su ciudad de origen. Como antecedentes ingreso por hipoglucemia e ictericia neonatal, intervención de hexadactilia bilateral y retraso motriz sin afectación intelectual. En tratamiento de base con hidrocortisona, tiroxina y hormona del crecimiento. A la exploración presenta hipertelorismo, puente nasal plan, resto de la exploración normal. En las pruebas de imagen realizadas presenta aplasia de adenohipófisis con neurohipófisis ectópica en Resonancia Magnética cerebral y deformidades óseas en metacarpos de mano izquierda en radiografías.

Dada la sospecha de cuadro sindrómico, se realiza interconsulta con genética para realización estudio molecular dirigido a mutaciones genéticas que cursan con hipopituitarismo. Dicho estudio identifica mutación para el GLI2 localizado en 2q14.2, variante patogénica en relación con el síndrome de Culler Jones o síndrome polidactilia osteaxial-anomalías de la hipófisis anterior-dismorfia facial de carácter autosómico dominante.

El panhipopituitarismo es una patología poco frecuente, producida en la mayoría de los casos (hasta 76%) de forma secundaria a procesos expansivos intracraneales, malformaciones cerebrales o como secuela secundaria al tratamiento de los mismos, debutando por tanto en diferentes periodos de la infancia. En el caso de debut neonatal como en el que nos ocupa, mantener un índice de sospecha alto ante la triada clásica de hipogonadismo hipogonadotropeo (con micropene en varones), hipoglucemia e ictericia, podría haber llegado a un diag-

nóstico precoz. En todos ellos, ha de realizarse una exploración minuciosa que nos pueda orientar a un cuadro sindrómico.

La conformación de la adenohipófisis y de la neurohipófisis puede orientarnos en dichos cuadros

sindrómicos hacia la afectación genética de grupos determinados de genes. En nuestro caso, el gen GLI2 se presenta con adenohipófisis aplásica y neurohipófisis ectópica, pudiendo asociar holoprosencefalia.

El tratamiento sustitutivo con hormonas homólogas permite el desarrollo normal del niño, siendo necesario el seguimiento estrecho para reevaluar los diferentes ejes hormonales y ajustar las dosis acorde al estadio de desarrollo.

FIEBRE SIN FOCO EN EL NIÑO CARDIÓPATA, RECORDANDO LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Elena Villatoro Leiva, María del Mar Montes Valverde, Laura Morales Ojeda, Elena Rivera Sánchez, Cristina Castillejo Nieto y Cristina Cabrera Corral

INTRODUCCIÓN

Definimos endocarditis como el proceso inflamatorio de etiología infecciosa del endocardio valvular o mural. Frecuentemente aparece sobre una lesión cardíaca previa. Según el agente etiológico implicado la presentación puede ser aguda (estafilococos) o subaguda (estreptococos). En más del 90% de los casos se manifiesta como fiebre prolongada y soplo cardíaco de nueva aparición o diferente al preexistente. Otras manifestaciones clínicas son las manchas de Roth o lesiones de Janeway. El diagnóstico se rige por los criterios de Duke modificados que incluyen datos clínicos y anatomopatológico. La prueba diagnóstica de elección es el hemocultivo, que permite estudiar la sensibilidad antibiótica. Con respecto a la ecocardiografía permite visualizar vegetaciones, abscesos o dehiscencias valvulares sirviendo también como criterio diagnóstico. El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa durante al menos 6-8 semanas. El antibiótico utilizado

depende del microorganismo etiológico y su duración de si la válvula afectada es nativa o protésica. Cuando existe insuficiencia cardíaca o afectación valvular izquierda se recurre a cirugía.

DESCRIPCIÓN

Niña de 6 años con abdominalgia de 3 días de evolución acompañada de fiebre. Como antecedentes padece síndrome de Shone (cardiopatía congénita consistente en lesiones estructurales obliterantes de hemicardio izquierdo). Presenta exploración física normal, salvo soplo holosistólico ya conocido. La determinación analítica muestra aumento de reactantes. Se solicitan radiografías de tórax y abdomen, ambas normales y ecografía abdominal que describe estructura compatible con quiste de uraco. Tras descartar abdomen quirúrgico inicia antibioterapia intravenosa empírica con ceftriaxona por sospecha de quiste de uraco sobreinfectado. A las 48 horas continúan los picos febriles y aparecen lesiones en astilla ungueales y nódulos subcutáneos dolorosos, coincidiendo con el crecimiento de *S. Aureus* en el hemocultivo. Se diagnostica de bacteriemia por SAMS con sospecha de endocarditis que se confirmó con un segundo hemocultivo. Se inició antibioterapia intravenosa con cloxacilina y gentamicina con desaparición de la fiebre y los fenómenos cutáneos. No se observaron alteraciones en las ecocardiografías seriadas. Permaneció ingresada con tratamiento intravenoso 4 semanas que continuó otras 2 semanas domiciliarmente. La paciente realiza revisiones habituales sin presentar secuelas ni nuevos episodios.

DISCUSIÓN

- En el diagnóstico diferencial de fiebre sin foco en cardiopatas, es nuestra labor identificar en la historia y exploración datos que nos hagan pensar en endocarditis, para diagnosticarla y tratarla precozmente.
- No debemos olvidar, en niños con factores de riesgo de padecer endocarditis, indicar antibioterapia profiláctica ante la realización de procesos invasivos y recomendar incluir en sus hábitos de vida medidas preventivas no antibióticas.

CASO ATÍPICO DE PAROTIDITIS AGUDA SUPURADA EN ESCOLAR

Maria Del Mar Montes Valverde, Tomás Del Campo Muñoz, Laura Morales Ojeda, Elena Rivera Sánchez, Elena Villatoro Leiva y María Pérez Rivera

INTRODUCCIÓN

La parotiditis aguda supurada es un trastorno muy poco frecuente en pediatría, siendo algo más común en edades extremas de la vida como ancianos, inmunodeprimidos o neonatos prematuros, sobre todo varones, deshidratados o alimentados con sonda de forma prolongada. En ocasiones, pueden evolucionar hacia la formación de un absceso o infección cervical profunda con indicación de drenaje, relativamente poco frecuente, pero potencialmente peligroso. Presentamos el siguiente caso con el objetivo de conocer su manejo y evitar complicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 6 años que acude por cuadro de inflamación parotídea izquierda de 24 horas de evolución. En su primera visita a Urgencias, es dado de alta con diagnóstico de posible parotiditis vírica y tratamiento antiinflamatorio sintomático. Dada la no mejoría del dolor, el empeoramiento del estado general con fiebre elevada y la salida de pus por el conducto de Stenon, consulta de nuevo al día siguiente. Como antecedente personal presenta una hemiparesia derecha y retraso motor leve derecho en seguimiento por Neurología Infantil, sin antecedentes familiares de interés. En la exploración, se aprecia conducto de Stenon muy dilatado, eritematoso y con abundante secreción purulenta, por lo que se decide ingreso para antibioterapia empírica intravenosa con amoxicilina-clavulánico a 100 mg/kg/día cada 8 horas, previa recogida de muestra de exudado para cultivo y analítica sanguínea. En el cultivo bacteriano del exudado se obtiene crecimiento de *Staphylococcus Aureus* meticilina sensible y en la analítica sanguínea una leve leucocitosis neutrofílica, amilasa 310 U/L y PCR 99 mg/L. A los dos días del inicio del tratamiento, presenta mínima tumefacción de parótida, no dolorosa a la palpación y sin supuración. Tras el control analítico con reactantes de fase aguda normales y mejoría

clínica, se decide alta hospitalaria continuando el tratamiento hasta completar 10 días por vía oral y seguimiento por Otorrinolaringología. Dado los antecedentes familiares y la aparición de un único episodio, no se realiza estudio inmunológico.

DISCUSIÓN

- Aunque el microorganismo causante sea el más frecuentemente descrito en esta entidad, el presente caso tiene la particularidad de presentarse a una edad atípica, de forma aguda, supurativa e inicialmente no recurrente.
- Debido a la escasez de casos publicados en pediatría, los tratamientos son orientativos, siendo posible completar la pauta de tratamiento por vía oral tras una mejoría del manejo antibiótico por vía intravenosa.
- Suelen evolucionar de forma adecuada, aunque deben ser revisados para evaluación de posibles recurrencias y valorar estudio de inmunodeficiencia.

CUANDO LA HEMIPLEJÍA SÚBITA NOS PONE EN ALERTA

Laura Morales Ojeda, Beatriz Jiménez Jurado, María Pérez Rivera, Julio Alberto Castañeda Mendieta, Jose Luis Cuevas Cervera y Ángela Isabel Cruz Palomares

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular es el daño cerebral de base vascular que puede ser hemorrágico, isquémico o por trombosis de los senos venosos. Es una de las diez causas principales de mortalidad en Pediatría y su incidencia es 1.8-13/100.000 niños/año. Supone un importante reto diagnóstico-terapéutico para los pediatras, ya que su diagnóstico precoz es fundamental para aplicar medidas terapéuticas que limiten el daño, reduciendo así su morbimortalidad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 3 años que presenta, estando en el colegio y previamente asintomática, hemiplejía derecha súbita con babeo, hipotonía e imposibilidad para la deambulación sin pérdida de conocimiento asociada. Se traslada al hospital, se realiza control

analítico normal y electroencefalograma (EEG) con abundante actividad epileptiforme rolando-temporal derecha de gran expresividad. Tras 2 horas, se encuentra totalmente asintomática. Ante la sospecha diagnóstica de crisis focal motora con parálisis postictal, se inicia tratamiento con ácido valproico y es dada de alta a domicilio y derivada a consulta de Neuropediatría, donde se solicita neuroimagen para descartar origen estructural de la sintomatología presentada. Se realiza resonancia magnética (RMN) cerebral en la que se detecta lesión parietal postrolándica izquierda con atrofia de circunvoluciones y área central quística, sugestiva de sangrado crónico en posible relación con infarto hemorrágico antiguo o malformación venosa cortical con sangrado. Dado el hallazgo, es valorada por Cardiología y Hematología para despistaje de cardiopatía y trombofilias, respectivamente, sin hallazgos significativos. Además, se amplía estudio con control de neuroimagen con angio-RMN cerebral a los seis meses que descarta lesiones sugerentes de malformación vascular, identificándose lesión de probable origen hipóxico-isquémico con sangrado crónico sin modificación respecto a la RMN anterior. Tras un año en seguimiento por Neuropediatría, sin nuevos episodios y control de EEG sin alteraciones, se decide retirada de tratamiento antiepiléptico con adecuada evolución clínica.

DISCUSIÓN

Los accidentes cerebrovasculares se caracterizan por la aparición brusca de sintomatología deficitaria motora, sensitiva y/o visual, donde la neuroimagen es una parte importante del diagnóstico. Al requerir una actuación rápida, la creación de un "Código Ictus" en Pediatría que englobe todos los niveles asistenciales debe ser un objetivo en Salud Pública. Es fundamental estar en alerta y tener un alto índice de sospecha ante toda sintomatología brusca que aparezca en nuestros pacientes susceptibles de ser diagnosticados de ictus. La hemiplejía aguda debe ser considerada siempre una urgencia potencialmente grave y de manejo prioritario, siendo fundamental el diagnóstico diferencial inicial con la migraña hemipléjica y la parálisis de Todd.

ARTRITIS SÉPTICA EN NEONATO CON FIEBRE SIN FOCO

María del Mar Montes Valverde, Cristina Castillejo Nieto, Laura Morales Ojeda, Cristina Cabrera Corral, Elena Villatoro Leiva y María Pérez Rivera

INTRODUCCIÓN

La fiebre es un motivo de consulta frecuente en los lactantes y, en ocasiones, el único signo de una infección bacteriana potencialmente grave. Su prevalencia es aproximadamente del 20% y la causa más frecuente es la ITU, siendo las bacterias más prevalentes *E.coli* y *S.agalactiae* y menos frecuentemente *S.aureus*, *S.pneumoniae*...

Se asocian con mayor riesgo de infección bacteriana grave los menores de 21 días, la leucocituria y la procalcitonina $\geq 0,5$ ng/mL, además de la afectación del estado general, por lo que es importante realizar pruebas complementarias a todos los neonatos con fiebre sin foco aunque tengan buen aspecto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato de 19 días de vida que acudió a urgencias por fiebre sin foco de 38 °C sin otra sintomatología y con buen estado general. Se realiza sistemático de orina, analítica sanguínea, cultivos de sangre y orina, panel de virus respiratorios y punción lumbar. En la analítica se objetiva elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia, por lo que se ingresa iniciando antibiótico intravenoso empírico con ampicilina y Gentamicina a la espera de resultados de cultivos.

A las 24 horas del ingreso se aprecia tumefacción de rodilla derecha, con aumento de temperatura local, limitación a la extensión y dolor a la movilización. Se realiza ecografía de rodilla compatible con artritis séptica, ampliando estudio con artrocentesis, con emisión de líquido purulento y crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible, al igual que en el hemocultivo. Se sustituye antibioterapia por Cloxacilina intravenosa presentando evolución clínica favorable, con disminución de la tumefacción y mejoría progresiva de la movilización de la articulación.

Durante el ingreso se realiza gammagrafía confirmando artritis y osteomielitis en fémur distal y tibia proximal. Se realiza estudio de contactos de *S aureus* en la familia y, tras la detección de los mismos, iniciamos tratamiento erradicador de portadores en el entorno familiar.

Ante la buena evolución clínica, tras 23 días de tratamiento antibiótico intravenoso, se procede al alta, continuando antibioterapia oral con Cefadroxilo hasta completar 6 semanas con revisiones posteriores con Traumatología y Rehabilitación evidenciándose resolución del caso sin secuelas.

DISCUSIÓN

La artritis séptica y osteomielitis es una causa poco frecuente de fiebre sin foco en neonatos de menos de un mes de vida por lo que es importante su diagnóstico para el inicio precoz de antibioterapia empírica y evitar secuelas a largo plazo.

OBESIDAD INFANTIL, GRAN PROBLEMA DEL SIGLO XXI

Isabel Mena Quirós, Rosario Fernandez Sanchez, Esther Martos Martos y Concepción García Salmeron

OBJETIVOS

Captar y derivar a consulta de Endocrinología Infantil a niños/as con sobrepeso u obesidad de 5 a 14 años.

- Revisar la historia clínica de los pacientes derivados a consulta y ver cuales acuden

MATERIAL Y MÉTODO

Se valora el índice de masa corporal(IMC)o Índice de Quetelet y siguiendo las tablas y curvas de crecimiento según la OMS, los niños que acudan a urgencias, consultas Pediátricas, ingresados en planta de Pediatría y Cirugía, que presentan sobrepeso u obesidad se cita de forma preferente en consulta de Endocrino Infantil, donde un equipo multidisciplinar (pediatras, enfermeras, Psicólogos, nutricionista) hacen una valoración integral del niño y familia e inician a continuación las medidas terapéuticas adecuadas a sus necesidades.

RESULTADOS

- Encontramos familias con negación a la aceptación del diagnóstico y/o tratamiento no aprovechando los recursos que se les ofertan.
- Otro grupo lo valora de forma positiva y acepta acudir a consulta de endocrino.
- Dificultad de involucrar activamente a todo el personal sanitario, falta de formación de los distintos perfiles implicados.
- Haciendo un revisión de las historia clínica de los pacientes derivados, observamos que los que más acuden a consulta son los que están en la etapa de adolescencia entre once y catorce años.
- Los pacientes normalmente tienen problemas relacionados con el estilo de vida(hacer poca actividad y consumir alimentos hipercalóricos) pero también hemos encontrado factores genéticos y hormonales que tienen un papel muy importante.
- Los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen una recuperación más lenta y dificultosa en procesos quirúrgicos.

CONCLUSIÓN

La captación de niños obesos y /o sobrepeso se realiza de forma eficaz en las distintas áreas pediátricas, por el gran volumen de usuarios con lo que trabajamos. El mayor problema que nos encontramos y que trabajamos para solventar es la falta de concienciación por parte de población del importante problema de salud y no siempre hay implicación y formación de los profesionales.

Aunque la pérdida de peso es dificultosa, es muy importante los conocimientos alimenticios y de ejercicio que adquieren los pacientes y familias, incorporando hábitos de vida saludable tanto él como su entorno.

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: CASOS CLÍNICOS

Gema Podadera Bravo, Elena Fernández-Cañadas López-Serrano, Aurora Madrid Rodríguez, María José Pelaez Cantero, Pilar Abollo López.

INTRODUCCIÓN

El dolor se define como una experiencia angustiosa debida a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales. Es subjetivo y multifactorial.

El tratamiento del dolor en cuidados paliativos pediátricos (CPP) es complejo por la amplia etiología y la gran dificultad de reconocerlo en pacientes con enfermedades neurológicas

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1: Niño de 9 años con osteosarcoma de fémur izquierdo tratado con quimioterapia y amputación. Presentó recaída escapular con resección quirúrgica y posteriormente progresión con lesión en húmero y metástasis pulmonares. Inicia dolor en hombro y codo, escala numérica 2/10, con sueño conservado tratado con AINEs. La intensidad aumenta a 6/10 iniciándose titulación con morfina oral y posteriormente morfina de liberación retardada. En la evolución presentó hormigueo en MMII y dolor de miembro fantasma que fue controlado con gabapentina. Posteriormente enfermedad metastásica ósea extensa y mielopatía compresiva recibiendo radioterapia y dexametasona con buen control del dolor.

Caso 2: Niña de 2 años con pinealoblastoma, portadora de VDVP. Ingreso hospitalario por cefalea no controlada con AINEs. Escala FLACC 8/10. Inicia morfina oral precisando perfusión intravenosa. Resonancia magnética con diseminación leptomeníngea, asociándose dexametasona por hipertensión intracraneal. Estreñimiento pertinaz a pesar de laxantes, con cambios de opioide tras control del dolor a fentanilo transdérmico permitiendo el alta a domicilio.

Caso 3: Lactante de 12 meses con síndrome poli-malformativo y parálisis cerebral infantil (GMFCS V) secundaria hipoxia tras parada cardiorespiratoria en contexto de encefalitis y estatus convulsivo. Tras postoperatorio de gastrostomía presenta irritabilidad e insomnio de conciliación tratados con AINEs y diazepam nocturno sin mejoría con escala FLACC-r

de 9/10, iniciándose morfina oral con control del dolor. Al año de vida inicia irritabilidad marcada que no mejora con opioides, indicándose baclofeno ante espasticidad y gabapentina con buena respuesta.

DISCUSIÓN

El dolor es el síntoma más frecuente en CPP. Debe ser tratado de una forma activa y rápida, porque genera unos cambios fisiopatológicos y psíquicos en el paciente que disminuyen la calidad de vida del paciente y su familia.

El tratamiento debe ajustarse siempre a los fármacos con los que los profesionales tengan mayor experiencia, teniendo claro la importancia de la titulación de opioides y el manejo de fármacos coadyuvantes, optimizando la vía enteral y realizando en lo posible el tratamiento etiológico.

El abordaje del dolor debe ser multimodal y multidisciplinar, individualizándose ante cada paciente.

ESTERNÓN EN PANAL RADIOLOGÍA COMO ASIGNATURA PENDIENTE

Paloma García Peces, Ana María Martín Suárez, Gracia María García Lara, Ana Sofía Cadenas Villegas, Amy Lozano White

INTRODUCCIÓN

La imagen médica es una herramienta fundamental la práctica clínica diaria. Es importante su correcta interpretación, así como el conocimiento de las posibles variables anatómicas: anomalías en la disposición morfológica de las estructuras que aparecen con relativa frecuencia en la población y carecen de significado patológico. El problema radica en que pueden llevarnos a errar en el diagnóstico y a solicitar exploraciones innecesarias.

RESUMEN DEL CASO

Niño de 12 años, sin antecedentes personales de interés que acudió al Servicio de Urgencias Pediátricas por dolor centrotorácico hasta en cuatro ocasiones en los últimos dos meses. En su primera visita presentaba dolor en región esternal,

tras traumatismo agudo en dicha zona. Dadas las características clínicas fue dado de alta con tratamiento antiinflamatorio recomendando seguimiento por su pediatra de zona. Volvió a urgencias el mes siguiente por aumento progresivo del dolor. Se realizó una radiografía de tórax llegando al diagnóstico de fractura de tercio distal esternal. En las semanas siguientes reacudió en dos ocasiones a por el mismo motivo y se realizaron radiografías de control interpretadas como callo de fractura.

Es remitido a Consultas Externas de Cirugía Torácica para valoración. Dada la cronicidad del dolor y fractura poco habitual se solicita RMN para descartar complicación y/o existencia de pseudoartrosis. En esta última se observó una imagen compatible con cuerpo esternal "en panal" como variante anatómica, sin visualizar signos agudos ni crónicos de fractura (Fig.1). Se concluyó dolor postraumático por reacción inflamatoria, asociado o no a esta anomalía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. El esternón en panal es una variable anatómica de la normalidad apenas descrita en la literatura científica. Se debe a la ausencia de fusión de los centros de osificación, dando lugar a un esternón con aspecto de "panal de abeja". Generalmente es asintomática, encontrándose como hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otro motivo.
2. El conocimiento en radiología pediátrica de las variantes anatómicas es de vital importancia no solo por la confusión con patología sino también por la ansiedad generada en el paciente y su familia.
3. La radiografía constituye un primer paso útil en el proceso diagnóstico por imagen pero ante la necesidad de clarificar resultados es preferible solicitar pruebas que permitan valoración más detallada y evitar repetir radiografías que no van a suponer un cambio en la actitud terapéutica, especialmente en localizaciones como la del caso que nos ocupa.

Fig.1. RMN secuencia FatSat corte coronal esternal



INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTA: NO TODO ES PIELONEFRITIS

Natalia Andrea Toloza Cuta, Ana Sofía Cadenas Villegas, Ana María Ortega Morales, María González Bolívar y Lozano White Amy

La nefronía o nefritis lobar aguda (NLA) es una infección bacteriana que afecta al parénquima renal, involucrando uno o más lóbulos. Se presenta como una masa inflamatoria sin licuefacción, considerándose un estado intermedio entre la pielonefritis aguda (PNA) y el absceso renal. Cursa con una clínica insidiosa, siendo su diagnóstico radiológico y precisando un tratamiento prolongado con un seguimiento estrecho.

RESUMEN DEL CASO

Escolar de 9 años sin antecedentes personales de interés, que acude al SUE por clínica de 48 horas de fiebre alta, asociado a dos episodios de vómito y molestias abdominales. A la exploración se encuentra decaído, ojeroso con dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda y puño percusión izquierda positiva.

Se realiza analítica con leucocitosis de 25.320 mm³ (92% de segmentados), PCR 183.9 mg/L y

procalcitonina de 19 ng/ml. Radiografía de tórax normal y ecografía de abdomen objetivando en el polo superior de riñón izquierdo un área nodular hi-

perecogénica (4.5 cm), con disminución de la señal doppler y que en el contexto del paciente es compatible con nefronía lobar.

Se ingresa para tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima. A las 24 horas se confirma crecimiento en urocultivo de >100.000 UFC/mL de E. Coli multisensible y presenta mejoría clínica con ausencia de fiebre tras 48 horas de tratamiento. Se realizan controles analíticos seriados con función renal estable, parámetros infecciosos en descenso y dos hemocultivos negativos. Recibió en total 9 días de antibioterapia parenteral con cefotaxima y al alta 5 días de antibioterapia oral con cefixima. Control ecográfico al mes, sin hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES

1. La NLA es una patología infradiagnosticada, por lo cual es imprescindible la realización de una ecografía renal en fase aguda para realizar un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, ya que el 25% pueden progresar a absceso renal.
2. No existe un consenso respecto a los días de tratamiento antibiótico; sin embargo las guías indican inicialmente doble antibioterapia. En nuestro caso, teniendo en cuenta la adecuada mejoría tras el inicio de antibioterapia y la sensibilidad del germen aislado, no se planteó asociar otro antibiótico.
3. La tomografía computarizada es la prueba más sensible y específica, sin embargo, se debe reservar para los casos en que la ecografía es dudosa y no hay una adecuada respuesta al tratamiento antibiótico.
4. Dado que esta patología presenta mayor riesgo de cicatrices renales que la pielonefritis aguda, es necesario continuar con controles ecográficos, tomográficos y/o gammagrafía, según sea necesario.

SÍNDROME DE VÁLVULAS-LIKE, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE LA PRESENCIA DE HIDRONEFROSIS BILATERAL EN EL RECIÉN NACIDO

Elena Rivera Sánchez, Gloria Viedma Chamorro, Cristina Cabrera Corral, María Pérez Rivera, Laura Morales Ojeda y Tomás Del Campo

INTRODUCCIÓN

El síndrome de válvulas de uretra-like (SVUL) es una uropatía prenatal grave con expresión postnatal, que presenta clínica y sintomatología igual que el síndrome de válvulas de uretra posterior (SVUP) pero sin la presencia anatómica de las mismas. Se trata de una obstrucción funcional del complejo cuello vesical-esfínter periuretral. El estudio prenatal, se caracteriza por vejiga hipertrófica y uterohidronefrosis bilateral masiva. Postnatalmente, se evidencia una vejiga de hiperpresión y residuo elevado, sin obstrucción anatómica.

Caso clínico 1: RNPT (34 SG), diagnosticado intraútero de megavejiga e hidronefrosis bilateral. Durante su ingreso, se realiza ecografía renal y CUMS, confirmándose uterohidronefrosis bilateral asociada a reflujo vesicoureteral (RVU) bilateral, más severo en riñón izquierdo. La cistoscopia realizada a los 10 días de vida mostraba hipertonia de cuello vesical, en ausencia de válvulas uretrales. Preciso estancia en UCI neonatal al presentar pielonefritis aguda por pseudomona aeruginosa. Conjuntamente, desarrolló síndrome de Fanconi, a raíz de la uropatía obstructiva. Dada la alta sospecha de SVUL, se realizó urodinamia, que mostraba una vejiga con gran capacidad, sin contracciones no inhibidas ni fugas y con leve hipertonia del cuello vesical.

Actualmente estable gracias al tratamiento con anticolinérgicos, simpaticolíticos, profilaxis antibiótica así como sondaje intermitente, aunque preciso la administración de macroplastic para el RVU hasta en dos ocasiones.

Caso clínico 2: RNT (38+4 SG), diagnosticado intraútero de hidronefrosis bilateral grado IV. A los

dos días de vida, se realiza ecografía renal y CUMS, confirmándose la misma y objetivándose la presencia de megauréter obstructivo bilateral en ausencia de reflujo vesicoureteral. Más tarde, la cistoscopia mostró vejiga de lucha con paredes muy trabeculadas e hipertonia de cuello vesical. Al igual que el paciente anterior, la alta sospecha llevó a la realización de urodinamia siendo similar al mismo.

En este momento, se encuentra estable en tratamiento con anticolinérgicos y sondaje intermitente, con mejoría de la función vesical, aunque precisó la implantación de catéter doble J.

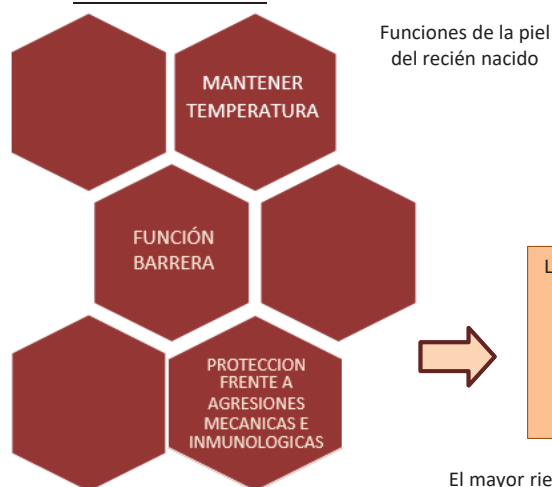
DISCUSIÓN

- A pesar de su infrecuencia, debemos incluirlas como diagnóstico principal cuando nos encontramos a un recién nacido con una clínica similar al SVUP, pero sin la presencia anatómica de las mismas.
- Es fundamental detectar las alteraciones del tracto urinario asociadas a dicho síndrome, con el fin de corregirlas y optimizar la función renal.
- En nuestro caso, el tratamiento farmacológico con anticolinérgicos fue clave para el mantenimiento de la función vesical, evitando la necesidad de cirugía correctora.

CUIDADOS DE LA PIEL, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES CUTÁNEAS EN EL RECIÉN NACIDO

Raquel Cantador Fernández, Ana Mª López Ortega y
Carmen Cruz Lendinez

INTRODUCCIÓN



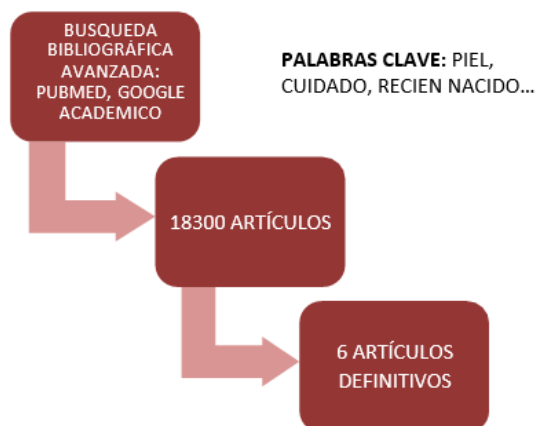
OBJETIVOS

- Conocer las características de la piel del recién nacido.
- Cuidados habituales de la piel sana para mantener la integridad cutánea y prevenir lesiones.
- Lesiones más frecuentes en el recién nacido hospitalizado y tratamiento de las mismas.

La manipulación poco cuidadosa, la falta de higiene, los agentes agresivos... puede provocar abrasiones epidérmicas accidentales, generando así una puerta de entrada a los agentes infecciosos.

El mayor riesgo para el recién nacido proviene del acceso de microorganismos al interior del organismo, pues sus mecanismos inmunológicos aún son inmaduros y poco efectivos, pudiendo desencadenar una septicemia.

METODOLOGÍA



RESULTADO Y CONCLUSIÓN

Lesiones más prevalentes en niñas	Predominio de aparición en el área perianal: Dermatitis del pañal
Sobreinfecciones en este tipo de lesiones	Prevención: Cambios posturales cada 3 horas, evitar esparadrapos en la piel

Es importante tanto la observación como el cuidado de la piel del recién nacido para detectar a tiempo posibles lesiones en la piel pudiendo elegir también de esta forma, el tratamiento más adecuado. Además es muy importante llevar a cabo una serie de medidas preventivas para evitar que ciertas conductas, posturas corporales o procedimientos deriven en una lesión que podía haberse evitado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mariano Paternoster, Massimo Niola, and Vincenzo Graziano. Avoiding Chlorhexidine Burns in Preterm Infants. [Internet]. Jognn. Octubre 2016; 2017 (46). Disponible en: File:///C:/Users/racan_000/Desktop/lesiones%20en%20neonatos/avoid%20chlorhexidine%20burns%20in%20preterm.pdf
2. Gopalakrishnan PN, Goel N, Banerjee S. Saline irrigation for the management of Skin extravasation injury in neonates. Cochrane Database Syst Rev.[Internet]. 19 De julio de 2017;2017(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483149/>
3. Faria TF, Kamada I, Faria TF, Kamada I. Lesiones de la piel en neonatos en Cuidados intensivos neonatales. [Internet]. Enfermería Global.2018;17(49):211-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00211.pdf>
4. Natalie del Pilar Micaela Seminario Paz. Cuidado de la piel en el neonato prematuro En un hospital local – chichlayo, Perú. [Internet]. 2019. Citado el 28 de marzo de 2021. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2252/1/TL_SeminarioPazNatalie.pdf
5. Bruna Figueiredo Manzo. Patient safety in the prevention and care of skin lesions in Newborns: integrative review. [Internet]. REBEn. Mayo de 2019;2020 (73). Citado El 28 DE Marzo de 2021. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600303
6. Guillermina Chattás. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. [Internet]. Revista de Enfermería. (10). Citado el 28 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Cuidados%20de%20la%20piel%20del%20reci%C3%A9n%20nacido%20pret%C3%A9rmino.pdf>

APLICACIÓN DE DIETA CETOGÉNICA EN EPILEPSIA REFRACTARIA. CASO CLÍNICO

Mónica Romero Reyes

INTRODUCCIÓN

La epilepsia ha sido uno de los primeros trastornos descritos en la historia de la neurociencia. Se trata de una enfermedad del sistema nervioso causada por una actividad anormal de las neuronas, que puede llegar a desencadenar sensaciones, emociones y comportamientos extraños, espasmos musculares e incluso pérdida del conocimiento. Se determina que una persona tiene epilepsia cuando ha tenido dos o más crisis epilépticas.

Habitualmente, el pronóstico de esta enfermedad es favorable. No obstante, existe un pequeño porcentaje que puede presentar epilepsia refractaria. La *International League Against Epilepsy* (ILAE) la define como «aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 ensayos de fármacos antiepilépticos (FAE), en monoterapia o en combinación, tolerados, apropiadamente elegidos y empleados de forma adecuada, para conseguir la ausencia mantenida de crisis». Cuando la epilepsia no se controla satisfactoriamente con tratamiento farmacológico se recurre a la dieta cetogénica, sobre todo en pacientes pediátricos. Los mecanismos de acción de esta dieta son la cetosis, acidosis, deshidratación, aumento de la concentración de lípidos y el incremento de niveles de neurotransmisores como el GABA.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente con fecha de nacimiento en el año 2007 del sexo masculino. Fue un embarazo controlado, cesárea urgente por RPB. Ingresado en UCIN por sufrimiento fetal agudo y encefalopatía hipóxico isquémica con fallo multiorgánico. Presentó síndrome convulsivo a las 3 horas de vida. Desde los primeros días de vida se refiere exploración neurológica patológica.

A día de hoy tiene 14 años, parálisis cerebral infantil espástico-distónica: diplegia, epilepsia focal sintomá-

XLVII Reunión científica de la SPAO

tica refractaria, encefalopatía epiléptica: Síndrome de Lennox-Gastaut. Se ha intentado controlar las crisis epilépticas mediante estimulador del nervio vago, siendo efectiva solo al comienzo, y actualmente en tratamiento con 5 FAEs, sin mejoría aparente.

Ingresa para comenzar con dieta Cetogénica.

DISCUSIÓN

Se indica la dieta cetogénica de instalación progresiva, incrementando cada día la ratio cetogénica de la relación hasta llegar a una proporción de 3:1.

Las propiedades anticonvulsivas de este tipo de dieta se atribuyen a la producción de cuerpos cetónicos, usados como fuente de energía. No presentó efectos adversos, salvo el estreñimiento. Los cambios clínicos consisten en la disminución del número de crisis basales y de su intensidad, siendo evidente en estadios muy precoces.

Podemos concluir que esta alternativa de tratamiento no debe abandonarse en los casos indicados de epilepsia refractaria, a pesar de lo laborioso del régimen dietético y la necesidad de un seguimiento clínico frecuente, puesto que ha demostrado ser eficaz.

CONJUNTIVITIS NEONATAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Elena Villatoro Leiva, Cristina Castillejo Nieto, Cristina Cabrera Corral, María Del Mar Montes Valverde, María Pérez Rivera y Luz Martínez Pardo

INTRODUCCIÓN

La conjuntivitis neonatal es la inflamación de la conjuntiva de inicio en los primeros 28 días de vida. Es papilar e hiperaguda. Su diagnóstico es clínico, observando hiperemia conjuntival y secreción y el pronóstico varía en función del agente etiológico implicado.

En países desarrollados, *Chlamydia trachomatis* es el agente más frecuente. La infección por *Neisseria gonorrhoeae* ha disminuido tras la instauración de medidas profilácticas en el recién nacido.

Se deben solicitar pruebas complementarias para determinar la etiología (GRAM urgente y cultivo del exudado conjuntival, PCR para *C. trachomatis* y *N.*

gonorrhoeae del exudado conjuntival, PCR para VHS tipo 1 y 2 del exudado conjuntival o de la vesícula cutánea si las hubiese).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato de 22 días de vida que consulta por enrojecimiento y secreción del ojo derecho de una semana de evolución. Había recibido tratamiento con tobramicina en los últimos 4 días sin apreciar mejoría, acompañándose en las últimas horas de secreción purulenta y sanguinolenta.

Afebril. Sin otra sintomatología asociada. No antecedentes personales ni familiares de interés.

Valorada por oftalmología que aprecia conjuntiva tarsal con pseudomembranas con ligeras hemorragias, quemosis ligera e hiperemia conjuntival moderada.

Se realiza Gram del exudado conjuntival y cultivo del exudado con resultado negativo y se solicita PCR para *Chlamydia* siendo positivo para la misma.

Ingresa en Planta para vigilancia clínica y se inicia tratamiento con eritromicina tópica y azitromicina vía oral durante 3 días

Al alta, se solicita PCR para *Chlamydia* de control con resultado positivo por lo que se realizó nueva tanda de tratamiento con azitromicina, desapareciendo los síntomas y posteriormente, negativizándose la PCR.

DISCUSIÓN

La conjuntivitis neonatal puede estar producida por diferentes gérmenes, y es necesario llevar a cabo pruebas específicas, haciendo hincapié en la adecuada toma de muestras en distintos medios de cultivo, para el correcto diagnóstico y la optimización del tratamiento, así como evitar las secuelas locales y sistémicas en el recién nacido.

En los últimos años ha disminuido la incidencia de *Neisseria gonorrhoeae* y ha aumentado la de *Chlamydia trachomatis* debido a la escasa eficacia de la profilaxis contra ésta última. Por ello, consideramos que se deben realizar más estudios para optimizar la profilaxis de la conjuntivitis neonatal o bien estandarizar el cribado materno.

CELULITIS RETROAURICULAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

María Pérez Rivera, María del Mar Montes Valverde,
Laura Morales Ojeda, Elena Villatoro Leiva, Elena Rivera
Sánchez y Luz Martínez Pardo

INTRODUCCIÓN

La celulitis auricular es una infección de la dermis y del tejido celular subcutáneo, causada por diferentes gérmenes. Suele aparecer como complicación de una otitis externa, aunque es poco frecuente en pediatría. Se presenta con tumefacción del pabellón sin nitidez ni sobre elevación de los bordes, con aumento de la temperatura local y rápida extensión, siendo necesario realizar diagnóstico diferencial con la mastoiditis. Suele haber repercusión del estado general. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento de elección se basa en la antibioterapia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 7 años derivado por su Pediatra por sospecha de mastoiditis. Desde hace 48 horas, dolor e inflamación retroauricular, por lo que se inició antibioterapia empírica. Fiebre desde hace 24 horas, máximo 38.2°C. Rehistoriando, refería haber estado en piscina la semana anterior y comenzar con dolor de oído a las 48 horas. En otoscopia: oído derecho (OD) con supuración en conducto auditivo externo (CAE), membrana timpánica no visible por supuración. Trago positivo. Edema y eritema en zona retroauricular y pabellón, con despegamiento del mismo. En analítica sanguínea destacaba leucocitosis (17740/ μ L), con 77,4% de neutrófilos y proteína C reactiva de 158 mg/L. Cultivo de exudado ótico: crecimiento de *Pseudomona aeruginosa*, iniciándose tratamiento ajustado a antibiograma con ciprofloxacino oral y tópico, con evolución favorable. Tras la fase aguda, presentaba tímpano íntegro, sin signos de perforación, compatible con otitis externa supurada.

DISCUSIÓN

Comprobamos como una historia clínica detallada, con una exploración clínica completa son fundamentales para llegar a un diagnóstico acertado. El

principal diagnóstico diferencial de la celulitis retroauricular ha de realizarse con la mastoiditis: infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal, complicación de otitis media, produciendo edema en región mastoidea y y despegamiento del pabellón auricular. El tratamiento se basa en antibióticos (cefotaxima o amoxicilina-clavulánico), pero puede llegar a precisar timpanocentesis o mastoidectomía. Es esencial, una vez más, realizar un buen diagnóstico diferencial para evitar tratamientos agresivos y fútiles sobre nuestros pacientes.

CUIDADOS Y MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

Gloria Serrano García

INTRODUCCIÓN

El reservorio es un catéter venoso central de larga duración, introducido por una técnica de tunelización en quirófano.

Cuando se debe de insertar el reservorio, en paciente que requieren tratamiento a largo plazo ya que es un acceso venoso rápido, seguro y eficaz.

Se usa, bien con fines diagnósticos, para extracciones de sangre, con fines terapéuticos para la administración de medicación y fluidos intravenosos, para la administración de nutrición parenteral o para la administración de productos hemáticos.

OBJETIVOS

Garantizar el mantenimiento y duración del catéter
Evitar complicaciones

Proporcionar cuidados de calidad a los pacientes portadores

METODOLOGÍA

Incluido dentro del plan estandarizado para el mantenimiento del catéter venoso central, se crea hoja de recogida de datos en el que se refleja: día y zona de inserción, calibre, cambio de apósito y fecha de siguiente punción en caso de no uso activo

XLVII Reunión científica de la SPAO

La enfermera referente del paciente dejará reflejada en informe de continuidad al alta cualquier incidencia así como el indicando la fecha de punción y recomendaciones

Se implanta esta hoja en Mayo de 2021 y desde esa fecha se contabilizan 70 pacientes

Evaluación y resultados desde Mayo de 2021 a Mayo 2022

RESULTADOS

Establecer unos planes estandarizados en los que se lleve a cabo una serie de cuidados en la post-implantación (valoración tras su llegada de quirófano, control de la zona de inserción, analgesia si precisa) y recomendaciones a largo plazo (debe de evitar recibir golpes en la zona, cambios de color, dolor, aumento de tamaño)

Todo ello va permitir un mejor manejo del reservorio tanto por parte del personal de la unidad como facilitar el trabajo a los de nueva inclusión.

CONCLUSIÓN

Una buena enseñanza y recomendaciones a largo plazo garantiza y evita posibles complicaciones posteriores.

Así como disminuye el grado de ansiedad y temor tanto del paciente como de la familia ante esta nueva situación

BIBLIOGRAFÍA

Recomendaciones para la prevención de infecciones relacionadas con dispositivos intravasculares, "Draft Guideline for the prevention of intravascular catheter-related". CDC September, 20011. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011.

Carrero Caballero, MC. Accesos Vasculares. Implantación y Cuidados Enfermeros. Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L.). Madrid, 2002.

Ruiz Martínez, MJ; Castillo de la Rosa, E. Manipulación y Cuidados de un reservorio venoso. Metas de Enfermería. N° 48. Septiembre 2002: 15-18.

García García, ML et al. Cuidados de Enfermería en pacientes con reservorio subcutáneo. Enfermería Científica. N° 244-245. JulioAgosto 2002: 63-65.

Gozalves Manzanera, MC; Ibáñez Santamaría, S; Huertas Baydal, MT; Asín Llorca, I; Domingo Pozo, M. Manual de recomendaciones para el manejo y cuidados del reservorio subcutáneo en Atención primaria y Especializada. Manejo y Cuidados de Enfermería del Reservorio Subcutáneo R. P.

PLAN DE CUIDADOS PARA UNA GASTROQUISIS COMPLICADA. CASO CLÍNICO

Paula Montes Monserrat y Diego Albeiro Hernández Herrera

	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
NANDA	[00046] Deterioro de la integridad cutánea	- Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones) - Edades extremas	- Alteración de la superficie de la piel e invasión de las estructuras corporales - Interrupción de la superficie de la piel

	OBJETIVO	INDICADORES	
	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[110113] Integridad de la piel: 1 → 5 * [110115] Lesiones cutáneas: 1 → 5** [110116] Lesiones de la mucosa: 1 → 5** * 1: Gravemente comprometido, 2: sustancialmente comprometido, 3: moderadamente comprometido, 4: levemente comprometido, 5: no comprometido. ** 1: Grave, 2: sustancial, 3: moderado, 4: leve, 5: ninguno.	
NOC	[1102] Curación de la herida por primera intención	[110213] Aproximación de los bordes de la herida: 1 → 5* [110214] Formación de cicatriz: 1 → 5* * 1: Ninguno, 2: escaso, 3: moderado, 4: sustancial, 5: extenso.	
NIC	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
	[3660] Cuidados de las heridas	- Monitorizar las características de la herida (drenaje, color, tamaño, olor). - Medir el lecho de la herida - Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje - Comprobar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida	
	[3440] Cuidados del sitio de incisión	- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión	
	[3590] Vigilancia de la piel	- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda - Vigilar el color y la temperatura de la piel - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel	
NANDA	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
	[00132] Dolor agudo	Agentes lesivos físicos y biológicos.	- Alteración de los parámetros fisiológicos - Cambios en la ingesta - Expresión facial de dolor
NOC	OBJETIVO	INDICADORES	
	[2102] Nivel del dolor	[210206] Expresiones faciales de dolor: 1 → 5* [210204] Duración de los episodios de dolor: 1 → 5* [210223] Irritabilidad: 1 → 5* * 1: Grave, 2: sustancial, 3: moderado, 4: leve, 5: ninguno	
NIC	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
	[2210] Administración de analgésicos	- Comprobar el historial de alergias a medicamentos - Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en dolor intenso - Administrar analgésicos antes de procedimientos o actividades que produzcan dolor	
	[1410] Manejo del dolor: agudo	- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos de las actividades de recuperación - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación - Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen	

XLVII Reunión científica de la SPAO

NANDA	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
	[00196] Motilidad gastrointestinal disfuncional	• Cirugía • Estresores	• Distensión abdominal • Dolor abdominal • Residuo gástrico de color bilioso • Náuseas y vómitos
	OBJETIVO	INDICADORES	
NOC	[1015] Función gastrointestinal	• [101501] Tolerancia alimentos/alimentación: 1 → 4* • [101510] Cantidad de residuos en el contenido gástrico aspirado: 1 → 5* • [101525] Tiempo de vaciado gástrico: 1 → 4* • [101533] Vómitos: 2 → 5* * 1: Gravemente comprometido, 2: sustancialmente comprometido, 3: moderadamente comprometido, 4: levemente comprometido, 5: no comprometido.	
	[0404] Perfusión tisular: órganos abdominales	• [40405] Ruidos intestinales: 1 → 4* • [40413] Distensión abdominal: 1 → 4** • [40411] Deficiencias de malabsorción: 2 → 5** * 1: Desviación grave del rango normal, 2: desviación sustancial del rango normal, 3: desviación moderada del rango normal, 4: desviación leve del rango normal, 5: sin desviación del rango normal. ** 1: Grave, 2: sustancia, 3: moderado, 4: leve, 5: ninguno.	
	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
	[1874] Cuidados de la sonda gastrointestinal	• Observar la correcta colocación de la sonda, siguiendo el protocolo del centro • Conectar la sonda para que aspire, según corresponda • Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente • Irrigar la sonda, según corresponda • Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del contenido nasogástrico drenado • Enseñar a la familia los cuidados de la sonda, según corresponda	
NIC	[1056] Alimentación enteral por sonda	• Explicar el procedimiento a la familia • Vigilar el estado de líquidos y electrolitos • Elevar el cabecero de la cama/cuna 30-45° durante la alimentación • Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive • Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación • Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos • Comprobar el nivel de agua del balón del dispositivo en contacto con la piel, de acuerdo con el protocolo del centro • Preparar a la familia para la alimentación por sonda en casa	

NIC	[1160] Monitorización nutricional	• Pesar al paciente • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (gráfica de peso estandarizado) • Observar presencia de náuseas y vómitos • Evaluar la deglución
	[0430] Control intestinal	• Monitorizar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda • Monitorizar los sonidos intestinales • Monitorizar signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación

	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS
NANDA	[00004] Riesgo de infección	• Motilidad gastrointestinal disfuncional • Deterioro de la integridad cutánea • Procedimiento invasivo
	OBJETIVO	INDICADORES
NOC	[0702] Estado inmune	• [70203] Estado gastrointestinal: 1 → 4* • [70208] Integridad cutánea: 1 → 5* • [70209] Integridad de la mucosa: 1 → 5* * 1: Gravemente comprometido, 2: sustancialmente comprometido, 3: moderadamente comprometido, 4: levemente comprometido, 5: no comprometido.
	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
NIC	[6540] Control de infecciones	• Instruir a la familia acerca de las técnicas correctas de lavado de manos • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado • Poner en práctica precauciones universales • Usar guantes estériles, según corresponda • Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA AJUSTADA NEURONALMENTE

Ana Belen Cuenca Almagro, Rosa Maria Sanchez Baena y
Alicia Ramiro Salmeron

INTRODUCCIÓN

La ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA), es un nuevo modo de ventilación mecánica asistida, que utiliza la actividad eléctrica diafragmática (Edi).

La Edi representa directamente el impulso ventilatorio control y refleja la duración y la intensidad con que el paciente desea ventilar.

Mejora significativamente la sincronía entre paciente-ventilador y optimiza la descarga muscular efectiva durante la ventilación asistida.

OBJETIVO

Valoración enfermera del paciente con NAVA.

Definir los cuidados enfermeros durante la NAVA.

POBLACIÓN

Pacientes que necesitan asistencia ventilatoria no invasiva cuando la señal eléctrica entre el cerebro y diafragma este intacta y no exista ningún tipo de contraindicación para la inserción de la sonda nasogástrica.

MÉTODO

Revisión de protocolos de cuidados, en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil de Granada.

Se han revisado los siguientes protocolos:

- De acogida y recepción de paciente-familia.
- Lavado de manos.
- Control de infección.
- Ventilación NAVA.
- Manejo de medicación.
- Sondaje nasogástrico.

Sistema nava: Posicionamiento del catéter.

El Catéter Edi es una sonda nasogástrica que registra la actividad eléctrica diafragmática y tiene 9 electrodos, es esencial posicionar los electrodos correctamente a ambos lados del diafragma utilizando como referencia la señal electrocardiográfica esofágica, registrada mediante los propios electrodos.

Tamaños disponibles:

Recién nacido: (el peso define el tamaño del catéter)

de 0,5-1,5 6Fr/49cm

de 1,5-2kg 6Fr/50cm

Niños mayores: (la talla define el tamaño del catéter)

45-85cm 8fr/100cm

75-160cm 12fr/125cm

>140cm 16fr/125cm o 8fr/125cm

- Bañar la sonda previamente en suero fisiológico o agua durante al menos 1 minuto, se realiza en la propia bañera de la sonda.No lubricar.
- En el monitor también hay que indicar si la colocación es nasogástrica u orogástrica.
- Hay que medir la longitud de sonda que se debe introducir y meter los datos en el monitor.
- El objetivo es conseguir que los dos electrodos distales queden por debajo del diafragma y los dos proximales por encima del mismo.
- En el monitor se debe observar en color lavanda el registro de los 5 electrodos centrales y en color blanco los electrodos distales.
- Para la comprobación de la correcta colocación de la sonda es necesario la realización de rayos x.
- Esta contraindicado la resonancia magnética.
- Siendo la duración máxima de la misma de 5 días.

CONCLUSIÓN

El cuidado enfermero favorece el desdete del soporte respiratorio.

La intervención enfermera disminuye el case-mix.

TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR PEDIÁTRICO

María Ángeles Fernández González, María Encarnación Sánchez Rodríguez, Sandra Román Palma

INTRODUCCIÓN

El dolor en el niño, es un tema infratratado en el ámbito de la atención sanitaria, bien por una mala valoración, por registros del dolor no apropiados, por desconocimiento de las técnicas no farmacológicas, o mal uso de las farmacológicas. Una exposición a técnicas y procedimientos dolorosos con un mal manejo del control del dolor puede disminuir la tolerancia al mismo e incrementar las respuestas dolorosas a lo largo de la vida y desarrollar dolor crónico. Existen estrategias para mejorar el tratamiento del dolor y ansiedad que incluyen la utilización de técnicas no farmacológicas.

OBJETIVO

Describir las técnicas no farmacológicas mas referenciadas en la evidencia encontrada.

POBLACIÓN

Niños incluidos en cualquier atención sanitaria.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Embase, Cinahl, Cuiden, y literatura gris. Palabras clave: niño, intervenciones no farmacológicas, dolor, ansiedad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras realizar una búsqueda con los diferentes descriptores y una vez realizada la lectura del artículo completo se seleccionaron cuatro artículos en los cuales se describen las técnicas no farmacológicas más empleadas y su clasificación en métodos cognitivos, comportamentales y físicos. Son útiles, pero con baja evidencia científica, bien porque hay estudios insuficientes o con muestras de pequeño tamaño. Hay que mejorar el uso de las técnicas en el dolor agudo ya que son fáciles de

aplicar, baratas y sin efectos adversos y se necesita que no se deje de investigar para conseguir la consecución de los mejores cuidados de calidad y su humanización.

CUIDADOS DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Cristina Matas Blanco

INTRODUCCIÓN

El drenaje ventricular externo (DVE) se emplea tanto como herramienta terapéutica, como para la administración intratecal de fármacos y la monitorización de la presión intracraneal (PIC). La utilización del DVE puede derivar en una serie de complicaciones, de las cuales la más frecuente es la infección a consecuencia de la colonización de la superficie del catéter por una inadecuada manipulación y mantenimiento del mismo.

OBJETIVO

Analizar las pautas de actuación del personal de enfermería en el manejo y el mantenimiento de los catéteres de DVE en el paciente pediátrico, para disminuir la incidencia de infecciones derivadas del uso de los mismos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura disponible en las bases de datos PubMed y Web of Science, así como en Google Académico, con los términos external ventricular drain, nursing, pediatrics, child, complications, drenaje ventricular externo, cuidados de enfermería, pediatría, complicaciones.

RESULTADOS

Los cuidados del DVE que realiza enfermería deben incluir la monitorización neurológica del niño, asegurando que tanto su posición como la altura del sistema de DVE son las adecuadas; cerrar el sistema cuando sea necesario movilizar al paciente, nunca durante más de 30 minutos, y asegurar

su permeabilidad al abrirlo; identificar el sistema DVE y, si es posible, mantenerlo separado de los demás sistemas de infusión intravenosa para evitar errores; registrar diariamente la cantidad de líquido cefalorraquídeo (LCR) drenado y sus características para poder identificar de forma precoz cualquier complicación; mínima manipulación del drenaje y, cuando sea necesario, tanto para el cambio de la bolsa como para la toma de muestras de LCR, llevarla a cabo de forma estéril; cambiar el apósito solo cuando esté manchado o despegado, no de forma rutinaria, vigilando una posible fuga de LCR por el punto de inserción y dejar registrado el procedimiento realizado.

CONCLUSIÓN

Las principales complicaciones del DVE están asociadas a su manipulación. Los cuidados del DVE son funciones de enfermería, por lo que la reeducación frecuente de las enfermeras que deben manipular estos sistemas en su práctica habitual podría ayudar a disminuir gran parte de las infecciones asociadas a su uso.

INTRODUCCIÓN

El drenaje ventricular externo (DVE) es un catéter insertado de forma percutánea en el sistema ventricular cerebral que lo conecta con el exterior^{1,2}. Se emplea como herramienta terapéutica en situaciones que conlleven un aumento de la presión intracraneal (PIC), como hidrocefalia, hemorragias intravasculares, tumores, meningitis o lesiones encefálicas mediante el drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR)³. También se puede utilizar cuando sea necesaria la administración intratecal de fármacos y para la monitorización de la PIC^{1,4}. Consta de dos partes³:

- La primera es el propio catéter y cuenta con una llave de tres pasos, tapón para la extracción de LCR y clips en la línea para cierre del drenaje.
- La segunda es el sistema de recolección de líquido, que consiste en un sistema cerrado con goteo y receptáculo no colapsable, con válvula antirreflujo y filtro antibacteriano.

Los valores normales de PIC varían en función de la edad. Para los niños pequeños se consideran adecuados valores inferiores a 5 mmHg; en los niños mayores se pueden alcanzar presiones de hasta 10 mmHg, mientras que los valores de la PIC en adolescentes se acercan a los de los adultos (hasta 15 mmHg)^{2,4}. Un aumento de la PIC puede provocar los siguientes signos y síntomas²:

- Cefalea, sobretodo matutina, tras haber estado acostado.
- Náuseas y vómitos.
- Disminución del nivel de conciencia.

La utilización del DVE puede dar lugar a una serie de complicaciones, como son la infección del sistema nervioso central (SNC), hemorragia, desplazamiento, obstrucción del sistema o pérdida de LCR alrededor del punto de inserción^{1, 2, 3, 4, 5, 6}. De todas ellas, la infección es la complicación más frecuente y se produce como consecuencia de la colonización de la superficie por microorganismos que pueden llegar a él tanto a través del punto de inserción como por contaminación de la superficie del catéter a consecuencia de su manipulación y mantenimiento^{5, 6, 7}. Es importante tener en cuenta que hay factores de riesgo de infección que dependen del propio paciente, como son la prematuridad, inmunosupresión, infección sistémica o procedimientos neuroquirúrgicos previos⁸.

OBJETIVOS

Analizar las pautas de actuación en el manejo y el mantenimiento de los catéteres de DVE en el paciente pediátrico para disminuir la incidencia de infecciones derivadas del uso de los mismos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura disponible en las bases de datos PubMed y Web of Science (WOS), así como en Google Académico. Se utilizaron varias ecuaciones de búsqueda en las que se incluyeron los términos *external ventricular drain, nursing, pediatrics, child, complications, drenaje ven-*

tricular externo, cuidados de enfermería, pediatría, complicaciones.

Los criterios de inclusión empleados en las bases de datos fueron:

- PubMed: artículos con texto completo disponible, publicados en los últimos 10 años, idioma español o inglés.
- WOS: publicados en los últimos 10 años, idioma español o inglés, incluidos en las áreas de búsqueda health care sciences services, surgery, pediatrics, neurosciences neurology.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

- El cero del depósito colector debe estar alineado con el agujero de Monro, que corresponde al conducto auditivo externo si el paciente se encuentra en decúbito supino o en la mitad de la sutura sagital (entre las cejas) si está en decúbito prono^{3, 5, 6, 9}. Comprobar la altura correcta periódicamente (cada 6 horas)^{5,6}.
- La cabeza del paciente debe estar en posición neutra, manteniendo una elevación de 15-30°^{3, 4, 5, 6}.
- Manipular el drenaje lo menos posible para prevenir la infección tanto del sistema como del catéter⁷. En los casos en los que sea necesaria dicha manipulación, se debe emplear una técnica lo más aséptica posible, mediante el lavado de manos con clorhexidina o solución hidroalcohólica y uso de guantes estériles^{3, 4, 5, 7}.
- Registrar el volumen de LCR drenado por turno y calcular el total de 24 h^{3, 5, 6, 9}. La cantidad normal varía dependiendo de la edad, en torno a 5-15 ml/h³. También anotar las características del LCR drenado (color, aspecto y densidad, que debe ser transparente en condiciones normales)^{3, 4, 5, 9} y la altura⁶ y comprobar que está permeable⁹.
- Cerrar el sistema cuando sea necesario movilizar al niño³ o si este presenta irritabilidad y/o llanto persistente⁴. No dejar cerrado durante más de 30 minutos⁶. Comprobar que se en-

cuentra a la altura correcta antes de volver a abrirlo^{3, 5, 6}, así como su permeabilidad⁴.

- No colocar ningún otro dispositivo del mismo lado en el que se encuentre el DVE, como bombas de infusión, soluciones intravenosas... para evitar errores⁴. Identificar el sistema⁷ y fijarlo a la cabecera de la cama para evitar aco-daduras⁵.
- Monitorización neurológica del paciente mediante la escala de Glasgow modificada para lactantes y niños para identificar signos y síntomas de hipertensión intracraneal (HIC)^{4, 9}, como pueden ser hipertermia, cefalea intensa, cambios o alteración del nivel de consciencia o vómitos⁵.
- Vigilar el punto de inserción del catéter por si apareciesen fugas, ya que esto puede aumentar el riesgo de infección^{5, 6, 9}. Cambiar el apósito de forma aséptica cuando esté manchado o despegado^{6, 7}, no de forma rutinaria, ya que la manipulación del sitio de inserción aumenta el riesgo de infección⁷. Se recomienda el uso de apósitos bio-oclusivos⁷ o, en su defecto, de apósitos transparentes estériles que permitan la visualización del punto de inserción^{6, 7}. Anotar la fecha y hora en que se realice la cura⁵.
- Mantener las conexiones más proximales cubiertas con gasas impregnadas en clorhexidina y apósitos estériles⁵.
- Evitar que la bolsa de drenaje se llene por encima de 2/3 a 3/4 partes de su capacidad total, así como que el contenido drenado permanezca más de 24 horas en ella^{3, 6}. El cambio de la bolsa también se debe realizar mediante técnica estéril³. Asegurarse de que el sistema está cerrado antes de llevar a cabo el procedimiento⁴.
- No tomar muestras de LCR de forma rutinaria^{3, 5}. Cuando sea necesario, no tomar la muestra de la bolsa, sino a través de la llave de tres pasos^{3, 6, 7, 9}, preferiblemente del puerto más distal^{3, 7}. La muestra se debe tomar mediante técnica estéril^{5, 6, 7}. Previo a la toma de muestra, se deben cerrar todos los clamps del sis-

XLVII Reunión científica de la SPAO

tema, así como la llave de tres pasos hacia el ventrículo^{4,6} durante no más de 30 minutos⁴ y limpiar la llave de tres pasos con clorhexidina⁵. Para llevar a cabo la toma de muestra, se debe cerrar la llave de tres pasos hacia la bolsa de drenaje⁶. La aspiración debe ser muy lenta^{5,9}, extrayendo no más de 5 ml de LCR^{5,6}. Antes de volver a abrir el sistema, comprobar la altura correcta del cero, así como la permeabilidad del LCR y que todos los clamps están abiertos^{5,6}.

- Pinzar el sistema a nivel proximal si se produce alguna rotura o deterioro del sistema y avisar al neurocirujano inmediatamente^{5,6}, así como si se produce una salida accidental del catéter o si al intentar tomar la muestra de LCR se presenta alguna resistencia^{6,9}.

Diagnósticos de enfermería^{4,5,10}:

- Riesgo de infección [00004]: riesgo de ser invadido por organismos patógenos.
- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal [00049]: compromiso de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no.
- Deterioro de la integridad cutánea [00046]: alteración de la epidermis y/o la dermis.
- Deterioro de la integridad tisular [00044]: lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
- Dolor agudo [00132]: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

La intervención NIC que agruparía los cuidados del DVE es Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar [1878], definido como la actuación ante un paciente con un sistema de drenaje de LCR. Las actividades de enfermería incluidas en este NIC son:

- Vigilar la evolución del drenaje.
- Controlar periódicamente la cantidad/frecuencia del drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR).
- Monitorizar las características del drenaje de LCR: color, cantidad y consistencia.
- Registrar el drenaje de LCR.
- Cambiar o vaciar la bolsa de drenaje, si es necesario.
- Administrar antibióticos, si es necesario.
- Reforzar el apósito del sitio de inserción, si es necesario.
- Observar si hay infección del sitio de inserción, si es necesario.
- Sujetar al paciente, si es necesario.
- Explicar y reforzar las restricciones de la movilidad del paciente.
- Monitorizar si existe rinorrea/otorrea de LCR.
- Cambiar el sistema de drenaje si es preciso.

CONCLUSIONES

Las principales complicaciones asociadas al uso del DVE son las relacionadas con la infección, cuyo factor de riesgo más destacable es la manipulación del catéter. Por tanto, ofrecer unos cuidados adecuados del DVE podría prevenir la mayoría de las infecciones asociadas al manejo de éste. Los cuidados tanto de manejo y mantenimiento del catéter, así como la vigilancia ante la aparición de complicaciones son funciones de enfermería, por lo que sería aconsejable implantar protocolos del manejo y actuación de enfermería con estos dispositivos, así como la reeducación frecuente de enfermeras que realizan estos cuidados en su práctica asistencial habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muralidharan R. External ventricular drains: Management and complications. Surg Neurol Int [Internet]. 2015;6(7):S271-4 [citado 1 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450504/>
2. Sakamoto V, Vieira T, Viegas K, et al. Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: a scoping review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021;74(2):e20190796 [citado 1 marzo 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>
3. Robles Sánchez M, del Cotillo Fuente M, Tabarés Rodríguez M. Cuidados de enfermería a pacientes portadores de drenaje ventricular externo. Tiempos Enfermería y Salud [Internet]. 2017;3(1):1-5 [citado 3 marzo 2022] Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/53>
4. Guía de Procedimiento de Enfermería: Cuidado del Sistema de Drenaje Ventricular Externo. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja [Internet]. 2021 [citado 1 marzo 2022]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%20000128-2021-DG-INSNSB%20GUIA%20DE%20DRENAJE%20OK%2019F.pdf>
5. Rivero-Garvía M, Márquez-Rivas J, Jiménez-Mejías M, et al. Reduction in external ventricular drain infection rate. Impact of a minimal handling protocol and antibiotic-impregnated catheters. Acta Neurochir (Wien) [Internet]. 2011;153(3):647-51 [citado 3 marzo 2022]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00701-010-0905-1>
6. Hepburn-Smith M, Dynkevich I, Spektor M, et al. Establishment of an External Ventricular Drain Best Practice Guideline: The QuestforaComprehensive, Universal Standard for External Ventricular Drain Care. J Neurosci Nurs [Internet]. 2016;48(1):54-65 [citado 2 marzo 2022] Disponible en: https://journals.lww.com/jnnonline/Abstract/2016/02000/Establishment_of_an_External_Ventricular_Drain.7.aspx
7. Ngo Q, Ranger A, Singh R, et al. External ventricular drains in pediatric patients. Pediatr Crit Care Med [Internet]. 2009;10(3):346-51 [citado 1 marzo 2022] Disponible en: https://journals.lww.com/pccmjournal/Abstract/2009/05000/External_ventricular_drains_in_pediatric_patients_.12.aspx
8. Protocolo de manejo de drenaje ventricular externo. Servicio Neurocirugía [Internet]. 2018 [citado 3 marzo 2022]. Disponible en: https://www.hhha.cl/Transparencia/IAAS/norma_manejo_drenaje_ventricular.pdf
9. Copley P, Emelifeonwu J, Gallo P, et al. Guideline for the management of long tunnelled external ventricular drains in chronic hydrocephalus. Br J Nurs [Internet]. 2021;30(7):416-21 [citado 2 marzo 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.7.416>
10. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 9 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y PRIMARIA EN LA ACTUALIZACIÓN VACUNAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO SUPERVIVIENTE DE CÁNCER

María del Mar Montes Valverde, Ángela Cruz Palomares, Laura Morales Ojeda, Juan Salvador Vilchez Pérez, Ana González Espin y Beatriz Jiménez Jurado

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la principal causa de muerte por enfermedad en niños mayores de un año en Europa, sin embargo, en los últimos años, los avances terapéuticos y medidas de soporte han supuesto un importante incremento de la supervivencia, sobrepasando el 80% a los 5 años.

Estos buenos resultados surgen a expensas del aumento de secuelas tardías y mayor riesgo de complicaciones infecciosas secundarias al tratamiento administrado.

XLVII Reunión científica de la SPAO

Durante el tratamiento oncológico, se recomienda suspender las vacunaciones sistemáticas; reiniciándolas éstas a los 6 meses tras el fin del tratamiento, previa extracción de serologías a los que han recibido quimioterapia y/o radioterapia, momento en el que el sistema inmune se encuentra recuperado para responder a las vacunas.

OBJETIVOS

Promover la coordinación entre Atención Hospitalaria y Primaria en el seguimiento para una adecuada actualización vacunal en pacientes pediátricos supervivientes de cáncer

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes oncológicos pediátricos diagnosticados y seguidos en consulta de Oncohematología Infantil de un hospital de tercer nivel durante 2 años para evaluar los resultados de las serologías solicitadas en el mes + 5 de seguimiento tras finalización de tratamiento y vacunación según éstos, así como adecuación a calendario vacunal sistemático según edad.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 32 casos, siendo el 53% niños y el 47% niñas, con diagnósticos por orden de frecuencia: tumores de SNC (47%), leucemias (22%), linfomas (9%), sarcomas (6%), tumores óseos (6%), entre otros. A los 5 meses, se solicitan serologías de VHB, VHC, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, VIH y Varicela al 60% de los casos, excluyendo a los fallecidos (12%) y a los que no recibieron tratamiento quimio y/o radioterápico (28%). De las serologías extraídas, el 58% de los pacientes tenía resultado negativo a VHB (anti-HBsAg < 10 mUI/ml), el 10% a VHC, el 10% a sarampión y el 5% a varicela, rubéola o parotiditis.

CONCLUSIONES

Una proporción variable de los niños que reciben quimioterapia y/o radioterapia no poseen títulos protectores frente a las enfermedades inmuno-prevenibles tras finalizar su tratamiento, precisando dosis de refuerzo. Además, es fundamental en estos niños y sus familiares la vacunación antigripal anual. Por todo ello, el trabajo conjunto entre Oncología Infantil y Atención Primaria que permita una adecuada coordinación en la actualización vacunal es fundamental para que el impacto de las complicaciones infecciosas en estos pacientes sea el menor.

Paula Montes Monserrat y Diego Albeiro Hernández Herrera

PLAN DE CUIDADOS POSTNATALES HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGNITA. CASO CLÍNICO

	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
NANDA	[00030] Deterioro del intercambio de gases	• Limpieza ineficaz de las vías aéreas • Patrón respiratorio ineficaz	• Alteración del ritmo respiratorio • Bradipnea • Hipercapnia • Hipoxemia
	OBJETIVO	INDICADORES	
NOC	[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso	• [40205] Inquietud: 1 → 5* • [40211] Saturación de oxígeno: 1 → 5** • [40214] Equilibrio entre ventilación y perfusión: 1 → 5** * 1: Grave, 2: sustancial, 3: moderado, 4: leve, 5: ninguno. ** 1: Desviación grave del rango normal, 2: desviación sustancial del rango normal, 3: desviación moderada del rango normal, 4: desviación leve del rango normal, 5: sin desviación del rango normal	

NIC	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
	[3320] Oxigenoterapia	• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda • Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.	
NANDA	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARÁCTERÍSTICAS DEFINITORIAS
	[00032] Patrón respiratorio ineficaz	• Afección grave • Aumento de la resistencia de la vía aérea • Disminución de la complacencia pulmonar	• Alteración del volumen tidal • Disminución de la capacidad vital • Hipoventilación • Retracción subcostal • Taquipnea • Uso de los músculos accesorios para respirar
NOC	OBJETIVO	INDICADORES	
	[0415] Estado respiratorio	• [41508] Saturación de oxígeno: 1 → 5* • [41510] Uso de músculos accesorios para respirar: 1 → 5** • [41511] Retracción torácica: 1 → 5** • [41529] Inquietud: 1 a 5** * 1: Desviación grave del rango normal, 2: desviación sustancial del rango normal, 3: desviación moderada del rango normal, 4: desviación leve del rango normal, 5: sin desviación del rango normal ** 1: Grave, 2: sustancial, 3: moderado, 4: leve, 5: ninguno	
NIC	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
	[3350] Monitorización respiratoria	• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente, según corresponda • Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea • Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.	
	[3390] Ayuda a la ventilación	• Mantener vía aérea permeable • Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión • Ayudar en los frecuentes cambios de posición, según corresponda • Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación • Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases,	

XLVII Reunión científica de la SPAO

	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
NANDA	[00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Mucosidad excesiva Cuerpo extraño en vía aérea (TET) Tapón mucoso Afección grave	- Sonidos respiratorios anormales - Alteración del ritmo respiratorio - Bradipnea - Uso de músculos accesorios para respirar - Taquipnea
	OBJETIVO	INDICADORES	
NOC	[0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	[41007] Ruidos respiratorios patológicos: 1 →4* [41004] Frecuencia respiratoria: 1 →5** [41018] Uso de músculos accesorios: 1 →4* * 1: Grave, 2: sustancia, 3: moderado, 4: leve, 5: ninguno ** 1: Desviación grave del rango normal, 2: desviación sustancial del rango normal, 3: desviación moderada del rango normal, 4: desviación leve del rango normal, 5: sin desviación del rango normal.	
	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
NIC	[3160] Aspiración de las vías aéreas	- Realizar lavado de manos - Usar precauciones universales - Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal - Auscular los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración - Hiperóxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada - Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral) y estado hemodinámico (nivel PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la aspiración - Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones	
	DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	
NANDA	[00004] Riesgo de infección	- Procedimiento invasivo. - Retención de fluidos corporales - Nutrición artificial exclusiva	
	OBJETIVO	INDICADORES	
NOC	[0702] Estado inmune	[70204] Estado respiratorio: 1 →4* * 1: Gravemente comprometido, 2: sustancialmente comprometido, 3: moderadamente comprometido, 4: levemente comprometido, 5: no comprometido.	
	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
NIC	[6540] Control de infecciones	- Instruir a la familia acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado. - Poner en práctica precauciones universales. - Usar guantes estériles, según corresponda. - Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV.	

MENINGITIS TUBERCULOSA CASUÍSTICA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL PEDIÁTRICO

Nadín Fernández Vega, Begoña Carazo Gallego, Esmeralda Núñez Cuadros

INTRODUCCIÓN

La meningitis tuberculosa (MTB) es una manifestación extrapulmonar de la tuberculosis poco prevalente en nuestro medio, aunque con elevada morbilidad. La hidrocefalia aguda suele ser una complicación frecuente al debut.

OBJETIVO, POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de MTB en <14 años en un hospital de tercer nivel durante 2010-2021, con el objetivo de conocer las características clínico-epidemiológicas y diagnóstico-terapéuticas.

RESULTADOS

Se registraron 93 casos de enfermedad tuberculosa, de los cuales 9 fueron MTB (9,67%). La proporción varón-mujer fue 4:5. La mediana de edad al diagnóstico fue 16 meses (rango 2-132), 66,6% <3 años. Seis casos (66,6%) eran pacientes procedentes de Marruecos, uno con antecedente de vacunación con BCG.

La fiebre prolongada fue el síntoma más frecuente, presente en todos los casos (duración media: 12 días), seguida de disminución del nivel de conciencia (66,6%) y crisis generalizadas (44,4%). Seis pacientes presentaron signos de hidrocefalia en la neuroimagen (Figura 1.A).

En cuanto a las pruebas diagnósticas, la prueba de tuberculina fue >5mm en 4/8 pacientes (media=7,25mm; rango 6-10mm). Se realizó IGRA a 8/9 pacientes, siendo positivo en 5/8 (62,5%) e indeterminado en 1 caso. En todos se realizó cultivo de micobacterias en LCR, jugos gástricos o lavado broncoalveolar, aislándose bacilos ácido-alcohol resistentes en 8/9 (88,8%), mientras que la PCR a *Mycobacterium tuberculosis* fue positiva en 7/9 (77,7%). No se aislaron micobacterias resistentes a fármacos de primera línea. Se identificó

el caso índice en 4/9 (44,4%). Uno de los pacientes presentó tuberculosis diseminada, con afectación endobronquial, renal y esplénica. Tres pacientes presentaban en la RM cerebral tuberculomas diseminados (Figura 1.B).

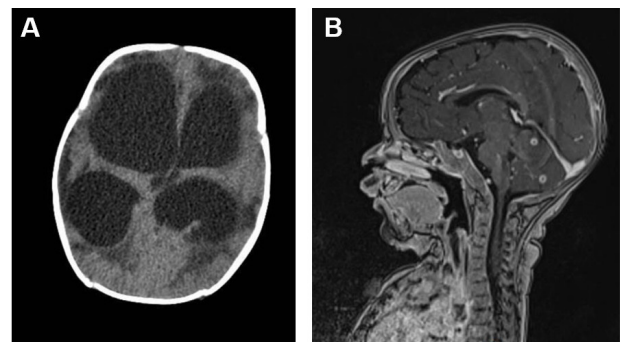
Todos los pacientes iniciaron tratamiento con fármacos de primera línea y dexametasona. La duración del tratamiento antituberculoso fue de 12 meses en 6 pacientes, 18 meses en un caso por mala adherencia inicial al mismo y 2 se encuentran actualmente en tratamiento. Se observó toxicidad hepática en un caso. De los 6 pacientes con hidrocefalia, 5 precisaron drenaje ventricular externo y en uno se indicó válvula de derivación ventriculoperitoneal al diagnóstico.

La media del seguimiento en consulta externa fue 16,5 meses, perdiéndose el mismo en 5 pacientes. No hubo fallecimientos. Seis presentaron secuelas neurológicas (66,6%), fundamentalmente retraso psicomotor (4; 66,6%) y parálisis cerebral grave (2; 33,3%).

CONCLUSIONES

- Debe sospecharse MTB en todo paciente con fiebre prolongada y deterioro del nivel de conciencia, especialmente si es de origen magrebí.
- A pesar de un tratamiento médico-quirúrgico adecuado, presenta un alto porcentaje de secuelas neurológicas, fundamentalmente retraso psicomotor.

Figura 1. A: TC Cráneo sin contraste, corte axial. Paciente de 2 meses con hidrocefalia aguda. **B:** RM cerebral con contraste, corte sagital. Paciente de 4 meses con tuberculomas en vermis y hemisferios cerebelosos



TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL DOLOR EN NIÑOS

Vanessa Díaz Pérez, Sandra Jurado Contreras y Carmen Cruz Lendínez

INTRODUCCIÓN

El alivio del dolor debería considerarse como un derecho exigible en la medida en que está recogido en múltiples declaraciones internacionales de derechos humanos y avalado por multitud de asociaciones profesionales. Esto hace que surja la necesidad de buscar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para todas aquellas intervenciones que pueden ser potencialmente dolorosas para los niños (y que suelen ir asociadas a altos grados de estrés y ansiedad anticipatoria), asociándose a un tipo de intervención determinada, de forma que todos los profesionales deban conocer estos tratamientos para su práctica diaria. Nos centraremos en conocer mejor las medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, ya que son las menos utilizadas en la práctica clínica y las más desconocidas.

OBJETIVOS

Conocer una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como finalidad la reducción del dolor o sensación dolorosa y que no conllevan la administración de medicación.

RESULTADOS

Se denomina analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como finalidad la reducción del dolor o sensación dolorosa y que no conllevan la administración de medicación. Su mecanismo de acción va a ser diferente de unas medidas a otras, pudiendo actuar por activación de ciertos sistemas de neuropéptidos o bien produciendo la liberación de endorfinas endógenas, de tal modo que como resultado final dan lugar a la potenciación del efecto de los opioides endógenos o bien actúan como "distracción" del dolor.

En cuanto al empleo de este tipo de medidas, pueden ser utilizadas de forma independiente para el

control del dolor leve-moderado, mientras que en el control del dolor moderado-severo deben ser utilizadas siempre como complemento de las medidas farmacológicas.

Entre estas medidas no farmacológicas destacamos las medidas ambientales, medidas de distracción, posicionamiento, táctiles, orales y gustativas... entre otras.

Finalmente, teniendo en cuenta su eficacia, bajo coste, buena aceptación y ausencia de efectos secundarios, se recomienda su utilización.

CONCLUSIONES

El dolor es una experiencia desagradable que suele ir asociada tanto a los pequeños como a los grandes procedimientos.

En los niños, a la experiencia dolorosa se le suma el miedo que sienten al encontrarse en entornos extraños y con mucha gente desconocida; por ello, es labor de los profesionales intentar que sea capaz de distraer su atención hacia fuera del estímulo doloroso utilizando en la medida de lo posible los tratamientos no farmacológicos. Estos se ha visto que son efectivos y poco utilizados por los profesionales sanitarios.

ENFERMEDAD DE RETENCIÓN DE QUILOMICRONES COMO CAUSA DE DIARREA CRÓNICA EN EL LACTANTE

Alfonso Lendínez-Jurado, Ana García-Ruiz, Encarnación Torcuato-Rubio, Rafael Martín-Masot, Javier Blasco-Alonso, Víctor Manuel Navas-López

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de retención de quilomicrones, también conocida como enfermedad de Anderson, es un tipo de hipocolesterolemia familiar autosómica recesiva, infrecuente ($< 1/1.000.000$ RN) y generalmente de inicio precoz. Los síntomas suelen ser inespecíficos: diarrea malabsortiva prolongada, retraso en el desarrollo, distensión abdominal y alteración del perfil lipídico con déficits vitamínicos.

CASO CLÍNICO

Lactante varón de 3 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés salvo consanguinidad de ambos progenitores, que acude derivado a nuestro centro por cuadro de deposiciones líquidas sin productos patológicos desde las 2 semanas de vida, con fallo de medro y sin mejoría clínica a pesar de inicio de fórmula hidrolizada. A su llegada presentaba aspecto de desnutrición severa, sin hallazgos analíticos relevantes salvo colesterol total 65 mg/dL (valores de normalidad 114-200 mg/dL) y triglicéridos 29 mg/dL (valores de normalidad 20-90 mg/dL). Se inicia nutrición con fórmula elemental, persistiendo sintomatología durante el ingreso, con una ganancia ponderal lenta y errática que requiere completar aporte calórico con nutrición parenteral. Ante la tórpida evolución se realizó endoscopia digestiva, sin alteraciones macroscópicas, obteniéndose una PCR positiva a CMV en mucosa gástrica, duodenal y rectal e iniciándose valganciclovir durante 30 días. Presenta mejoría progresiva del cuadro, permitiendo paso a fórmula extensamente hidrolizada e inicio de alimentación complementaria y decidiéndose seguimiento ambulatorio.

Durante su seguimiento en consulta continúa con diarrea intermitente, sin clara mejoría. En controles analíticos persiste alteración del perfil lipídico a pesar de aportes con MCT, además de presentar hipovitaminosis A y E severas. Se decide repetir estudio endoscópico donde destaca escarcha blanquecina sobre mucosa duodenal (principalmente en segunda y tercera porción), con hallazgos microscópicos de acúmulos de vacuolas lipídicas y siendo esta histología compatible con la abetalipoproteinemia, la hipobetalipoproteinemia y la enfermedad de retención de quilomicrones. Se realiza estudio genético, que confirma el diagnóstico de enfermedad de retención de quilomicrones.

Ante la presencia de esta patología se optimizan los aportes de MCT y vitaminas liposolubles y se inicia dieta baja en grasa. Debido a la afectación multiorgánica de la enfermedad se consensua seguimiento multidisciplinar, objetivándose ligero retraso en la adquisición de hitos motores. Desde el diagnóstico la evolución está siendo favorable, con

mejoría analítica en las cifras de vitaminas liposolubles, corrección del desarrollo ponderal y disminución de la sintomatología digestiva.

CONCLUSIONES

La diarrea crónica es una manifestación digestiva con un amplio diagnóstico diferencial. No debemos olvidar las alteraciones genéticas, sobre todo en aquellos cuadros de inicio precoz y con una evolución tórpida. En el caso de la enfermedad de retención de quilomicrones, un abordaje precoz y multidisciplinar, con aportes de ácidos grasos esenciales (AGE) y vitaminas liposolubles evitará complicaciones neuromusculares, óseas, retinianas o hepáticas. Es necesario realizar consejo dietético, tanto para controlar la ingesta de grasas y mejorar los síntomas como para mantener un adecuado aporte calórico y de AGE. El pronóstico a largo plazo y en la edad adulta no está bien documentado debido a la baja incidencia de esta patología.

DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA A CAUSA DE AISLAMIENTO Y MASCARILLAS. EN BÚSCQUEDA DE SOLUCIONES

Sara Molina Rey y Elena María Martín Bedoya

INTRODUCCIÓN

Debido a las diversas patologías que precisan aislamiento en el área de Pediatría, y más recientemente a causa de la pandemia por covid-19 desde 2020 hasta ahora, con la consiguiente instauración de los equipos de protección individual y el uso continuado de mascarillas, se ha incrementado la dificultad para la comunicación con los pacientes pediátricos.

Esta situación ha provocado una nueva barrera en la comunicación, ya que tanto la distancia social, el miedo al contagio, la minimización de tiempos de exposición, el no poder jugar con los pacientes o el miedo que les puede generar el vernos con el equi-

XLVII Reunión científica de la SPAO

po completo, aumentan la frialdad de la atención, ocasionando una falta de contacto humano tan importante en nuestra profesión para dar asistencia de calidad y de calidez.

El ingreso hospitalario en niños conlleva una gran carga emocional, tanto para ellos como para sus padres o cuidadores, no tratándose solo de atender sus necesidades físicas, sino también esa necesidad emocional de sentirse reconocidos, comprendidos y validados. De que sientan empatía, sensibilidad, respeto y amabilidad.

Es por ello que se deben de trabajar diversas formas de comunicación y técnicas que favorezcan la relación terapéutica a pesar de las restricciones subyacentes y que permitan mantener el enfoque holístico en nuestra labor asistencial.

OBJETIVO

Principal

- Formar al profesional sanitario en técnicas adecuadas de comunicación (habilidades para la comunicación empática no impositiva) adaptadas a las restricciones sociales y de contacto que vivimos en la actualidad.

Específicos

- Facilitar habilidades para una comunicación efectiva y afectiva, fomentando la consciencia del uso de la comunicación no verbal (más directa, clara, más universal que la verbal, a la que acompaña para hacerla más comprensible y a su vez especialmente poderosa para transmitir emociones y sentimientos). Muchas veces una mirada, un gesto o nuestra propia postura son mucho más reveladores de nuestro estado de ánimo o del de nuestro interlocutor que cualquier discurso.
- Implementar nociones de counselling para así maximizar el nivel de competencia del profesional minimizando su impacto emocional. Es la forma de entender la relación de ayuda a las personas que se encuentran en situación de sufrimiento, y resulta útil tanto para los niños como sus familiares, pero también para los propios profesionales sanitarios.

- Mejorar la atención integral al paciente y sus familiares.
- Establecer y mantener esa relación de confianza, cercanía y ayuda que caracteriza a nuestra profesión a pesar de las barreras e impedimentos.

METODOLOGÍA

Se dedicará en cada una de las reuniones mensuales que realizamos a través de *circuit*, unas aportaciones de distintas técnicas, conceptos y/o herramientas para fomentar las habilidades de comunicación verbal y no verbal en todos los profesionales de la unidad.

Se llevará a cabo de forma esquemática para que poco a poco vayamos adquiriendo y reforzando esas capacidades, ya que éstas **PUEDEN Y DEBEN SER ENSEÑADAS**, no centrándonos solo en su empleo mediante el bagaje adquirido a través de nuestra experiencia personal y profesional.

A través de dichos diálogos también se pretende generar un espacio bidireccional para que se pueda hablar de la parte emocional de nuestro trabajo, de nuestras propias sensaciones y temores, donde se favorezca la ayuda mutua y la mejora del clima social del equipo.

RESULTADOS

Al formar al personal sanitario se espera lograr:

- Incrementar la satisfacción, confianza y seguridad del paciente pediátrico y su familia pese a las circunstancias de aislamiento.
- Sustituir las herramientas que usábamos antes de la pandemia y que ahora, por las circunstancias de las que hablamos, no se pueden emplear, por otras nuevas que nos lleven a crear y reforzar ese ambiente de confianza.
- Minimizar la sensación de aislamiento social y emocional gracias a la mejora en la comunicación no verbal y el counselling.
- Evitar en los profesionales sanitarios el síndrome de fatiga por compasión ("el coste de cuidar a otros que sufren dolor emocional") y el burn-out.

CONCLUSIONES

A la vista de los múltiples beneficios que puede aportar y la posibilidad de llevarlos a cabo de forma efectiva y eficiente en nuestro ámbito laboral, parece interesante promover este tipo de acciones y *tips* de educación para aquellos profesionales que deseen aprender y mejorar en sus habilidades de comunicación, sobreentendidas y presupuestas como innatas de forma errónea en muchas ocasiones.

BIBLIOGRAFÍA

Arranz et al. Arranz P., & Coca C. (2006). Desarrollo personal. En M.L. Sarate (Coord.) *Atención a las personas mayores. Intervención práctica*. Madrid: Universitat.

Costa, M., & Arranz, P. (2013). Comunicación y counselling en psicooncología. El encuentro con el paciente oncológico. En Juan Antonio Cruzado (Coord.), *Manual de psicooncología*. Madrid: Pirámide.

Costa, M., & López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica*. Madrid: Pirámide.

Rogers C.R. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. D. (2009). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

ROL DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO SOMETIDO A OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA Y/O HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA

Alicia Ramiro Salmerón, Carmen Tamara González Fernández, Ana Belén Cuenca Almagro, Eduardo Plaza Morillas, María Dolores Fernández Ortega y Leticia Ortiz Jiménez

INTRODUCCIÓN

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de apoyo temporal que reemplaza la función de pulmones y/o corazón para devolver la homeostasis a todo el organismo. El manejo

del paciente pediátrico consiste en conseguir una adecuada asistencia (flujo e intercambio de gases), manteniendo una perfusión suficiente de todos los órganos cuidando todos los aspectos del paciente (hemodinámico, respiratorio, renal, nutrición, infeccioso, neurológico y de sedoanalgesia) y evitando las principales complicaciones (derivadas sobre todo del equilibrio entre el sangrado y la coagulación).

OBJETIVO

Divulgar conocimientos sobre el uso y cuidados del paciente pediátrico con ECMO y hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC).

Conseguir una guía de fácil manejo para el personal de enfermería de UCIP.

POBLACIÓN

Neonatos y niños entre 1 mes de vida y 14 años que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para ECMO con o sin HDFVVC

MÉTODO

Revisión de protocolos y guías de enfermería de los siguientes servicios: Cuidados Intensivos, Hemodiálisis y Enfermería perfusionista del hospital, así como del resto de las unidades de Hemodiálisis de la provincia. Todo ello para la revisión del Check List de ECMO y la elaboración del Check List para HDFVVC.

RESULTADOS

Enfermería tiene como objetivo principal asegurar la estabilidad hemodinámica del paciente y prevenir posibles complicaciones.

El Check List que usamos en nuestra UCIP facilitado por UCI de adultos consta de una página inicial con un registro de diversos parámetros tanto de la consola de ECMO como del paciente (niveles de TTPA, ACT...). Por turno se realizará el Check List donde revisaremos consola, intercambiador de calor, mezclador de gases, cánulas/lineas venosa/arterial del niño, bomba/oxigenador, material para urgencias y cuidados de enfermería, siempre prestando atención a los signos de alerta. Si usamos HDFVVC llevaremos a cabo un chequeo de los parámetros duran-

te la misma que se agrupan en control de presiones, de flujos, de coágulos y burbujas si las hubiera, intercambio de bolsas y/o jeringas y características de las mismas que permiten la HDFVVC.

CONCLUSIONES

El acoplamiento entre ECMO y HDFVVC se puede hacer a través de varias modalidades. Cada una con ventajas y desventajas operacionales, sin embargo, conectar una máquina de HDFVVC al circuito de ECMO es el método más riguroso en el control del balance de fluidos e iones siendo imprescindible un Check List que nos permita identificar precozmente situaciones de alarma e inestabilidad y actuar rápidamente para tratarlas.

MACROCEFALIA E HIDROCEFALIA EXTERNA BENIGNA IDIOPÁTICA COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE ESTA

María Comino Martínez, Inmaculada Rodríguez Quesada, Ismenia Chaustre Belandria, Jose Carlos Salazar Quero, Juan Alonso Cózar Olmo Hospital San Agustín y María del Carmen Melguizo Morales

INTRODUCCIÓN

La macrocefalia evolutiva (Perímetro cefálico (PC) >p98 o >2DE en lactantes con valor normal al nacimiento) puede deberse a un aumento del tamaño y peso del cerebro benigno o asociado a determinados síndromes, a patología encefálica (LOEs, enfermedades por depósito), aumento del líquido cefalorraquídeo, o asociado a patología ósea.

La hidrocefalia externa benigna idiopática (HEBI) es la causa más frecuente de macrocefalia evolutiva en pediatría. Más prevalente en varones, se postula base genética influenciada por factores ambientales y carácter autolimitado. Se caracteriza por rápido incremento del PC en el lactante, en ocasiones con abombamiento de huesos frontales y fontanela normotensa, en ausencia de hipertensión intracraneal (HTIC). Puede y suele existir retraso cognitivo motor y verbal, que se normaliza a los 2-3 años en la mayoría. Macrocefalia en la edad adulta 10-87%, variable según la bibliografía.

Una ecografía transfontanelar suele ser suficiente para el diagnóstico y seguimiento, apreciando aumento del espacio subaracnoideo, fundamentalmente a nivel frontal, con ventrículos normales o mínimamente dilatados. No precisa tratamiento, salvo en escasas ocasiones cirugía.

CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses (3 meses edad corregida), 2º gemelar bicorial biamniótico. Antecedentes de prematuridad (35+1 semanas) y CIR. PC al nacimiento: 30cm (p9), talla y peso <p3.

Al 4º mes de vida, aumento de PC hasta 42,5 cm (p91). Al 8º mes, PC 46,5cm (p98). A la exploración presenta dolicocefalia, sin asimetrías ni cordones, fontanela anterior normotensa. Desarrollo psicomotor acorde a su edad cronológica. No síntomas de HTIC. No macrocefalia familiar.

Ecografía transfontanelar: aumento del espacio subaracnoideo, con sistema ventricular normal y buena diferenciación sustancia gris-blanca, compatible con HEBI.

Hermano gemelo asintomático y con PC normal.

Actualmente en seguimiento, sin otros estudios ni tratamientos, con desarrollo psicomotor normal.

CONCLUSIONES

El crecimiento acelerado del PC es un hallazgo frecuente, habitualmente sin consecuencias. El estudio de neuroimagen es obligado salvo casos de macrocefalia familiar, y debe ser urgente cuando asocie síntomas de HTIC o alteración en el neurodesarrollo.

En los casos de HEBI consideramos fundamental el seguimiento estrecho de PC y desarrollo psicomotor hasta la edad escolar, valorando realizar TAC o RMN si presenta evolución desfavorable o se observan alteraciones significativas en la ecografía, para descartar otras entidades con aumento del espacio extraaxial (atrofias cerebrales, síndrome de Sotos, enfermedades metabólicas, higromas subdurales posthemorrágicos o postinfecciosos, o traumatismos).

Consideramos fundamental el conocimiento de esta entidad para evitar preocupaciones y estudios innecesarios en niños normales que presenten macrocefalia.

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. IMPORTANCIA DE DETECTAR LAS ÁREAS DE MEJORA

Inmaculada Rodríguez Quesada, María Comino Martínez, Ismenia Chaustre Belandria, Jose Carlos Salazar Queso, Juan Alonso Cózar Olmo y María del Carmen Melguizo Morales

INTRODUCCIÓN

El problema de violencia intrafamiliar hacia las mujeres ha acaparado el interés numerosas investigaciones. Sin embargo, son escasos los estudios que analizan el impacto de esta violencia de Género (VG) entre los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) y cómo mejorar su detección.

A la compleja problemática que supone ser víctima de agresiones en la edad adulta, habría que añadir las tremendas repercusiones negativas que supone sobre el desarrollo de los NNA. Los profesionales de Pediatría y Enfermería, pueden actuar detectando este maltrato.

OBJETIVOS

1. Cuantificar la presencia del Maltrato Infantil asociado a VG con datos nacionales y autonómicos de los últimos 5 años.
2. Analizar el Protocolo de Atención a NNA en entornos de VG y valorar su aplicación en nuestra Área Sanitaria.
3. Conocer mediante encuesta a Pediatras del Área Sanitaria su nivel de conocimientos en VG y relación con NNA.

METODOLOGÍA

- Análisis de Bases de Datos del Ministerio del Interior de la Nación y Observatorio para la Infancia de Andalucía
- Revisión de Protocolo de Detección y Notificación de Maltrato Infantil en Andalucía
- Revisión del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG (2020)
- Encuesta realizada a los pediatras del Área Sanitaria "Norte de Jaén"

CONCLUSIONES

1. Actualmente, no existe suficiente información sobre VG en Menores, ni hay una recogida oportuna de datos. En nuestra Área Sanitaria se puede mejorar significativamente la Detección y Notificación de casos de NNA en entornos de VG.
2. No basta con proteger a la madre víctima de VG. Los NNA que viven en ambientes familiares sometidos a violencia machista necesitan atención y protecciones específicas.
3. En los tramos de menor edad, en muchas ocasiones, las situaciones de VG únicamente son visibles por los profesionales de pediatría y enfermería, lo que indica la importancia de la mejor capacitación del Sistema de Salud para identificar y atender esta violencia.
4. Se continúa manteniendo a los NNA como figuras secundarias, vicarias, y por ello no víctimas como tales de la VG. Seguimos sin integrar a los NNA como Sujetos de Derechos.
5. La formación insuficiente en Pediatría contribuye a la baja detección de situaciones de VG. La encuesta realizada a los pediatras de nuestra área es significativa por la falta de conocimientos sobre la materia y protocolo de actuación. Sería recomendable una formación básica en VG y su Detección/Notificación en nuestra Área Sanitaria "Norte de Jaén".

LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA EN SITUACIONES ESPECIALES. RIESGO O BENEFICIO

María Cristina Palma Conesa, Gracia María García Lara, Raquel Rocio Romero García, Ana María Matin Suarez y Pilar Ureña Ruiz

INTRODUCCIÓN

Es incuestionable el beneficio que se obtiene a nivel inmunológico con la vacunación sistemática poblacional. Son excepcionales las situaciones que contraindican su administración en Pediatría, siendo la reacción alérgica grave tipo anafilaxia una de ellas.

En estos casos es prioritario el conocimiento del agente causal que provoca dicha reacción debido

al potencial riesgo vital que supone para el paciente. Dicha situación implica una decisión vacunal individualizada y justificada antes de prescindir de los beneficios que la inmunización aporta.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 2 años de edad que acude a consulta de alergología pediátrica por presentar reacción anafiláctica con la administración de la primera dosis de vacuna para varicela (Varivax®). Se realiza prick test con resultado negativo y se pospone la administración de la segunda dosis de vacuna.

Entre los antecedentes personales destacan reacciones alérgicas consistentes en vómitos y erupción facial tras la ingesta de huevo poco cocinado. El resultado prick test es positivo y la Ig E aparece con títulos altos a clara (8,31ku/L) y a yema (6,44ku/L). El test de provocación posterior es negativo y no vuelve a tener manifestaciones alérgicas si la ingesta es de huevo correctamente cocinado.

Presentó en 2 ocasiones episodio de anafilaxia tras la ingesta de chucherías. Prick test negativo e Ig E específica a gelatina bovina mínimamente alterada (1.06ku/L).

Ante la posible alergia a gelatina bovina incluida como estabilizante en las chucherías y presente a su vez en la vacuna de varicela administrada, se realiza test CAP inhibición que sí detecta sensibilización a dicha gelatina: 89% de inhibición con la preincubación del suero de la paciente con vacuna Varivax®

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Cuando un paciente presenta reacción alérgica grave (anafilaxia) es importante diferenciar, para evitar futuras reacciones, si se trata de una co-sensibilización o bien de una reacción cruzada. El test CAP inhibición es una herramienta diagnóstica con alta especificidad ya que enfrenta suero del paciente con el alérgeno en cuestión y detecta cuanta Ig E específica no se ha unido a este (valores bajos de Ig E específica en suero implican un porcentaje alto de inhibición).
2. En el caso que nos ocupa, existe la opción de completar la inmunización frente a varicela utilizando vacuna Varilrix® ya que en esta presen-

tación no está presente la gelatina bovina y ambas vacunas son intercambiables.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Belén González de Prádena, Sara Ibáñez Marín, José Luis Gómez Llorente, Jerónimo Javier Momblán de Cabo

INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética (CAD), una complicación aguda potencialmente mortal, ocurre con mayor frecuencia al debut en diabetes mellitus (DM) tipo 1, pero se ha descrito en DM tipo 2. Dada la baja prevalencia, es necesario su sospecha para un adecuado manejo posterior.

CASO

Paciente de 13 años sin antecedentes de interés, exprematuro 32SEG e infección por SARS-COV2 en Noviembre de 2020. Acude a Urgencias ante glucemia 383 mg/dl e hipertransaminasemia (GOT 65 U/L, GPT 133U/L) detectadas en control analítico por caquexia y malestar general de un mes de evolución, con polidipsia sin pérdida ponderal, polifagia, ni poliuria.

Destaca deshidratación del 5%, tendencia al sueño, acantosis nigricans, estrías abdominales, marcada obesidad (IMC $p > 99$, 4.85DE) y tensión arterial en percentil 99/97.

A su llegada, se objetiva glucemia capilar "Hi", cetonemia capilar 6.6 mmol/L y acidosis metabólica (Bicarbonato 5.6, EB -16, pH 7.27). Otras: glucosa 513 mg/dl, HbA1c 11.4%, insulina 7.38µUI/mL, péptido C 2.82ng/ml (VN 0.8-4.2), hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertransaminasemia

Ingresa en UCIP 48 horas donde inicia rehidratación con suero fisiológico y perfusión de insulina intravenosa 0.05 UI/kg/h hasta cetonemia negativa y posterior insulinización subcutánea 0.7 UI/kg/día y alopurinol.

En planta se añade metformina 850mg por mal control glucémico, con mejoría de controles permitiendo el alta hospitalaria con insulino-terapia 0.7UI/kg/día, metformina 850mg/día y control dietético.

En domicilio, presenta adecuados controles con glucemias en rango, permitiendo retirada de insulino-terapia progresivamente, manteniendo metformina 850mg/día.

Posteriormente presenta anticuerpos anti-insulina, anti-IA2 y antiGAD65 negativos, aumento de péptido C (8.54 ng/mL) y corrección de dislipemia tras un mes de tratamiento, siendo clasificado finalmente como DM 2.

CONCLUSIONES

- La CAD como presentación de DM 2 podría deberse al retraso diagnóstico o deficiente control de pacientes de riesgo, situación frecuente durante la pandemia.
- Se ha propuesto un nuevo tipo de DM, 'diabetes propensa a la cetosis', caracterizada por una disfunción grave de las células beta y curso clínico variable, produciéndose en determinados subtipos, una mejora significativa en la función de las células β y la sensibilidad a la insulina tras control intensivo con insulina, que permite la interrupción de ésta a los pocos meses de tratamiento.
- Dada la evolución y características descritas, el presente caso podría pertenecer a este tipo de diabetes denominada 'Diabetes propensa a la cetosis', clasificada dentro del subtipo de autoinmunidad negativa y función de células beta conservada, tal y como esta descrito en la literatura.

MALARIA EN ZONA NO ENDÉMICA; PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Uezen Rebullida, Luciana Carolina; Guerrero del Cueto, Fuensanta; Fernandez Gallego, Raquel; Muñoz-Cruzado Rosete, Adrián; Carazo Gallego, Begoña; Medina Claros, Antonio.

INTRODUCCIÓN

La malaria es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en salud pública por su elevada mortalidad, sin embargo, es poco frecuente en

nuestro medio donde la gran mayoría de los casos son importados.

OBJETIVO

Caracterizar los datos clínicos y epidemiológicos de los casos importados de malaria en una región no endémica.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria diagnosticados del 2012 al 2022 en pacientes menores de 14 años de un hospital pediátrico de tercer nivel.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 casos, de los cuales 8 varones (61.5%). La mediana de edad fue de 4 años. Todos los casos fueron importados, la mayoría procedentes de Nigeria y Burkina Faso en distribuciones iguales (30.8%).

El 46% correspondió a migrantes llegados a nuestro país el mes previo al diagnóstico, y los restantes fueron residentes que habían viajado a su país de origen (visiting friends and relatives, VFRs), de los cuales únicamente el 28.5% había realizado profilaxis antipalúdica.

La clínica más frecuente al diagnóstico fue fiebre (100%), visceromegalias (53.8%), artromialgias (38.5%), síntomas digestivos (38.5%); sólo uno presentó clínica neurológica (cefalea, obnubilación y signos meníngeos positivos).

El diagnóstico fue mediante extensión fina (100%), inmunocromatografía (69.2%) y reacción en cadena de polimerasa (76.9%).

En la mayoría de los casos la especie identificada fue *P. falciparum* (92.3%) y solamente en un caso *P. malariae*. La mediana del porcentaje de parasitemia al momento del diagnóstico fue de 1% con un máximo de 20% en un paciente que requirió ingreso en Cuidados Intensivos. El 84.6% de las parasitemias se negativizaron a las 48 horas del tratamiento. La mediana de PCR al ingreso fue de 78.6 mg/L, de-

tectándose en el 30.7% datos de bacteriemia e indicándose antibioterapia empírica. Los pacientes diagnosticados antes del 2018 recibieron atovacuona-proguanil (38.4%), y los diagnosticados posteriormente (61.6%) fueron tratados con derivados de la artemisinina (dihidroartemisinina-piperaquina). No se observaron diferencias significativas en las cifras de parasitemia, hemoglobina y reactantes de fase aguda entre los dos grupos de tratamiento (tabla 1).

CONCLUSIONES

- Se debe considerar la malaria en el diagnóstico diferencial de todo niño febril con antecedente de estancia en zona endémica.
- Los derivados de la artemisinina constituyen la primera línea de tratamiento en la actualidad.
- Es importante promover la profilaxis antipalúdica en viajeros a zonas endémicas, especialmente en VFRs.

Tabla 1. Diferencia en la mediana de las principales variables clínicas y analíticas antes y después del tratamiento recibido

Variables (mediana)	Atovacuona-proguanil	Derivados de artemisinina	p
Días hasta desaparición de la fiebre	1	1	0.206
Diferencia parasitemia (%)	-2.5	-0.83	0.234
Diferencia bilirrubina (mg/dl)	-0.2	-1.35	0.083
Diferencia glucemia (mg/dl)	-7	7	0.655
Diferencia creatinina (mg/dl)	-0.14	-0.1	0.881
Diferencia PCR (mg/l)	8.5	-57.5	0.564

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA AJUSTADA NEURONALMENTE (NAVA)

Rosa María Sánchez Baena, Rosa María Sánchez Baena, Ana Belén Cuenca Almagro y Alicia Ramiro Salmerón

INTRODUCCIÓN

La ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA), es un nuevo modo de ventilación mecánica asistida, que utiliza la actividad eléctrica diafragmática (Edi).

La Edi representa directamente el impulso ventilatorio control y refleja la duración y la intensidad con que el paciente desea ventilar.

Mejora significativamente la sincronía entre paciente-ventilador y optimiza la descarga muscular efectiva durante la ventilación asistida.

OBJETIVO

Valoración enfermera del paciente con NAVA.

Definir los cuidados enfermeros durante la NAVA.

POBLACIÓN

Pacientes que necesitan asistencia ventilatoria no invasiva cuando la señal eléctrica entre el cerebro y diafragma este intacta y no exista ningún tipo de contraindicación para la inserción de la sonda nasogástrica.

MÉTODO

Revisión de protocolos de cuidados, en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital materno infantil de Granada.

Se han revisado los siguientes protocolos:

- De acogida y recepción de paciente-familia.
- Lavado de manos.
- Control de infección.
- Ventilación NAVA.
- Manejo de medicación.

- Sondaje nasogástrico.

Sistema nava: Posicionamiento del catéter.

El Catéter Edi es una sonda nasogástrica que registra la actividad eléctrica diafragmática y tiene 9 electrodos, es esencial posicionar los electrodos correctamente a ambos lados del diafragma utilizando como referencia la señal electrocardiográfica esofágica, registrada mediante los propios electrodos.

Tamaños disponibles:

Recién nacido: (el peso define el tamaño del catéter)

de 0,5-1,5 6Fr/49cm

de 1,5<-2kg 6Fr/50cm

Niños mayores: (la talla define el tamaño del catéter)

45-85cm 8fr/100cm

75-160cm 12fr/125cm

>140cm 16fr/125cm o 8fr/125cm

- Bañar la sonda previamente en suero fisiológico o agua durante al menos 1 minuto, se realiza en la propia bañera de la sonda. No lubricar.
- En el monitor también hay que indicar si se la colocación es nasogástrica u orogástrica.
- Hay que medir la longitud de sonda que se debe introducir y meter los datos en el monitor.
- El objetivo es conseguir que los dos electrodos distales queden por debajo del diafragma y los dos proximales por encima del mismo.
- En el monitor se debe observar en color lavanda el registro de los 5 electrodos centrales y en color blanco los electrodos distales.
- Para la comprobación de la correcta colocación de la sonda es necesario la realización de rayos x estando contraindicado la resonancia magnética.
- Siendo la duración máxima de la misma de 5 días.

CONCLUSIÓN

El cuidado enfermero favorece el desdete del soporte respiratorio.

La intervención enfermera disminuye el case-mix.

RESUMEN

La ventilación asistida ajustada neuronalmente(NAVA), es un nuevo modo de ventilación mecánica asistida, que utiliza la actividad eléctrica diafragmática(Edi).

La Edi representa directamente el impulso ventilatorio control y refleja la duración y la intensidad con que el paciente desea ventilar.

Mejora significativamente la sincronía entre paciente-ventilador y optimiza la descarga muscular efectiva durante la ventilación asistida.

Siendo el objetivo de este trabajo definir los cuidados enfermeros durante la NAVA y la población aquellos pacientes que necesitan asistencia ventilatoria no invasiva cuando la señal eléctrica entre el cerebro y diafragma este intacta y no exista ningún tipo de contraindicación para la inserción de la sonda nasogástrica.

El método utilizado ha sido la revisión de protocolos de cuidados, en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital materno infantil de Granada.

Siendo los resultados encontrados los siguientes:

- Bañar la sonda previamente en suero fisiológico o agua durante al menos 1 minuto, se realiza en la propia bañera de la sonda. No lubricar.
- En el monitor también hay que indicar si se la colocación es nasogástrica u orogástrica.
- Hay que medir la longitud de sonda que se debe introducir y meter los datos en el monitor.
- El objetivo es conseguir que los dos electrodos distales queden por debajo del diafragma y los dos proximales por encima del mismo.

- En el monitor se debe observar en color lavanda el registro de los 5 electrodos centrales y en color blanco los electrodos distales.
- Para la comprobación de la correcta colocación de la sonda es necesario la realización de rayos x estando contraindicado la resonancia magnética.
- Siendo la duración máxima de la misma de 5 días.

Como conclusión tenemos que el cuidado enfermero favorece el destete del soporte respiratorio.

La intervención enfermera disminuye el case-mix.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON PCR SARS-COV2 POSITIVA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ana Gutiérrez Rodríguez, María del Mar Martín Latorre, Inés Machí Castañer, Raquel Pulido Esteban, Mercedes Ibáñez Alcalde y Gema Martínez Espinosa

INTRODUCCIÓN

La aparición a principios de 2020 de la infección por SARS-CoV2 ha supuesto un importante reto para el sistema sanitario a todos sus niveles. El confinamiento y las medidas de distanciamiento social favorecieron, en una primera instancia, una escasa incidencia en determinadas localizaciones geográficas. Esta situación fue variando al disminuir las restricciones.

OBJETIVO

Analizar las características de los casos positivos de entre las PCR solicitadas en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel desde el inicio de la pandemia.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se recogieron de forma retrospectiva las PCR SARS-CoV2 solicitadas en Urgencias de pediatría del 1/04/2020 al 31/12/2021. Se incluyeron aquellas con resultado positivo.

Se analizó: sexo, edad, patología previa, contactos estrechos positivos para SARS-CoV2, clínica en el momento de la extracción, si precisaron ingreso hospitalario y los casos positivos derivados del caso.

Análisis estadístico: chi-2, t-student

RESULTADOS

Durante este periodo se solicitaron un total de 10.420 PCR, 413 positivas, lo que supuso una incidencia global de 3'96% que osciló desde un 0% en abril de 2020 hasta un 9'4% en enero de 2021.

El 45'2% eran mujeres. Edad media de 4'2 años. Un 11'3% presentaba patología de base (patología respiratoria 6'1%, prematuridad 1%, patología renal 0'8% entre otros). Un 30'4% refirieron un contacto estrecho positivo. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (83'4%), tos y/o mucosidad (49'4%), vómitos (15'4%), diarrea (9'5%) y dolor abdominal (7'6%). El 6'6% precisaron ingreso (2'4% de causa directa por la infección). En un 9'1% de los pacientes se constató casos positivos derivados.

Dada la incidencia variable en función de las olas epidémicas, se realizó un análisis comparativo de los periodos pandemia (1/04/2020 al 31/03/2021) y post-pandemia (1/04 al 31/12/2021), presentándose mayor porcentaje de clínica febril en el segundo periodo ($p < 0'001$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables.

CONCLUSIONES

- La baja incidencia en nuestra muestra al inicio de la pandemia está probablemente relacionada con la dispersión geográfica, la poca disponibilidad de pruebas diagnósticas y las medidas de aislamiento estricto.
- El aumento del número de casos en nuestra unidad está relacionado con los periodos vacacionales.
- En nuestra unidad la clínica de SARS-Cov-2 ha sido fundamentalmente fiebre, tos y mucosidad. La diferencia hallada con respecto a la clínica es probablemente debida a los cambios en los criterios de solicitud de PCR en nuestra unidad.

CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ACTIVACIONES PRE Y POST- ACTUALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO

Ana Gutiérrez Rodríguez, Eduardo Rodríguez de la Cruz,
Gema Martínez Espinosa, Maria Isabel Rodríguez Lucenilla,
Carlos Hidalgo Barranco y Javier Fernández Pérez

INTRODUCCIÓN

El ictus pediátrico es una patología que constituye una emergencia neurológica, con riesgo vital a corto plazo y un alto porcentaje de secuelas neurológicas a largo plazo. Es una entidad tiempo-dependiente, por lo que es importante identificarla y disponer de un algoritmo de actuación estandarizado para mejorar su atención y pronóstico. En nuestra unidad, en enero de 2018, se implementó el primer protocolo de código ictus pediátrico. Posteriormente, se actualizó en marzo de 2020 incluyendo: una hoja de ítems de activación, sesiones clínicas explicativas del mismo en nuestra unidad e interhospitalarias y se realizaron simulacros con los médicos internos residentes.

OBJETIVO

Comparar las características de las activaciones de código ictus previas y posteriores a la actualización de un protocolo específico en nuestra unidad.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron las activaciones de código ictus pediátrico realizadas en un hospital de tercer nivel o en hospitales comarcales de nuestra provincia, en dos periodos: instauración (desde enero de 2018 hasta marzo de 2020) y actualización (abril de 2021 hasta el 1 de marzo de 2022) en pacientes de entre 2 a 14 años.

RESULTADOS

Se muestran en tabla adjunta.

Durante el periodo de instauración, se realizaron un total de 8 activaciones, de las que únicamente 3 fueron ictus. Sin embargo, en el periodo de actualización se realizaron 3 activaciones, siendo solamente un caso un imitador de ictus. En este último periodo se realizó una trombectomía.

CONCLUSIONES

Tras la implantación y difusión de un nuevo protocolo de actuación en nuestra unidad hemos realizado una mejor identificación de los posibles casos de ictus pediátrico en pacientes con clínica neurológica aguda y hemos disminuido las activaciones de imitadores de ictus.

Por otra parte, se ha reducido el tiempo puerta-TAC, al mejorar la coordinación entre nuestra unidad y el equipo de neurología de adultos junto con radiología.

RESULTADOS PRE Y POST ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO

	Edad (años)	Antecedentes	Clínica	Tiempo puerta-TC (minutos)	Ped-NIHSS	Neuroimagen	Diagnóstico final
Activación 1	12	Citarabina + metotrexato intratecal (LLA)	Paresia facial, MS y MI izquierdo, alteración en coordinación MSI	77	5	TC craneal	Efecto adverso de metotrexato
Activación 2	1,5	-	MID empastado, inflamado y doloroso. Desconexión del medio, hipotonía generalizada	Desconocido	0*	-	Fascitis necrotizante
Activación 3	4	Retraso del lenguaje	Glasgow 12/15. No mantiene sedestación	48	12*	TC y angioTC	<u>Ictus hemorrágico</u>
Activación 4	7	Retraso psicomotor	Movimientos oculares rápidos, clonias hemifaciales, pérdida de conciencia e hipotonía	52	0*	TC craneal	Crisis convulsiva
Activación 5	4	Ifosfamida (PNET abdominal)	Afasia, tendencia al sueño	43	4*	TC craneal	Efecto adverso de ifosfamida
Activación 6	2	Abuelos paternos: alteraciones de la coagulación	Hemiparesia izquierda, desviación comisura bucal derecha	70	3	TC craneal	Tumor rabdoide

Activación 7	4	-	Hemiparesia derecha, claudicación de MSD y MID, facial derecho.	73	3	TC y angioTC	<u>Ictus isquémico</u>
Activación 8 (paciente 7)	4	-	Debilidad MSD y MID, marcha inestable	45	2	TC craneal	<u>Recurrencia ictus isquémico</u>
Activación 9 (paciente 3)	5	MAV intervenida previamente	Disminución de nivel de conciencia (Glasgow 6/15)	55	No valorable (sedación)	TC y angioTC	<u>Recurrencia ictus hemorrágico</u>
Activación 10	10	-	Hemiparesia derecha, afasia, asimetría facial derecha	27	5	TC y angioTC	<u>Ictus isquémico</u>
Activación 11	2	-	Parálisis facial izquierda, hemiparesia derecha	31	7	TC y angioTC	Crisis convulsiva

PedNIHSS no valorada en activación, calculada con los datos disponibles en la historia clínica Instauración protocolo de activación de código ictus pediátrico

COMPLICACIONES INFECCIOSAS RELACIONADAS CON LA CANALIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS TIPO LÍNEA MEDIA/PICC EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA ¿HEMOS MEJORADO?

Pilar Abollo López, Laura Martín Pedraz, Ana Iris Rubio Asensio, María Jesús Fernández Gil, Clara Rodríguez Cocho y Esmeralda Nuñez Cuadros

INTRODUCCIÓN

El empleo de catéteres venosos tipo línea media o centrales de inserción periférica (CVLM/PICC) en pediatría no está exento de complicaciones infecciosas, con incidencias publicadas de 0,2-6,4/1000 días de catéter (ddc). Múltiples estudios han evaluado los posibles factores de riesgo asociados a su desarrollo, siendo escasa la bibliografía referente a las medidas para prevenirlas.

OBJETIVOS

Describir las características y factores relacionados con las complicaciones infecciosas asociadas al empleo de CVLM/PICC en niños hospitalizados, comparando 2 periodos, antes y después de la optimización de medidas de asepsia (MA).

METODOLOGÍA

Estudio analítico prospectivo de los CVLM/PICC canalizados en planta de hospitalización en un hospital pediátrico durante 2021.

Definimos como complicaciones infecciosas: flebitis, bacteriemia y bacteriemia relacionada con catéter (BRC) según criterios IDSA 2009.

Establecimos dos grupos, antes y después de optimizar MA (abril 2021), que incluían: clorhexidina alcohólica 2%, preparación de piel para la canalización, curas semanales con fijador y apósito, parches de clorhexidina en pacientes de riesgo (enfermedad oncohematológica o pacientes con nutrición parenteral domiciliaria), jeringas precar-

gadas y sellados en catéteres de larga duración (TauroLock™).

RESULTADOS

Se recogieron 180 canalizaciones (n=43 previo a la instauración de nuevas MA y n=137 posteriormente), evidenciándose complicaciones en 25% (n=45). El 40% (n=18) fueron infecciosas, de éstas un 55,6% (n=10) bacteriemias y el 44% (n=8) flebitis.

La incidencia global de complicaciones fue 21,6/1000 ddc, con incidencias de 29,5/1000 ddc previo a la instauración de las nuevas MA y 18,4/1000ddc posteriormente ($p<0,01$).

La incidencia de infecciones fue de 18/1000ddc durante el periodo previo a las nuevas MA y 4,7/1000ddc, posteriormente ($p<0,01$). El 16% (n=3) de bacteriemias cumplieron criterios de BRC, produciéndose todas antes de las nuevas MA ($p<0,01$), siendo el microorganismo aislado *Streptococcus epidermidis*.

En análisis bivariante la instauración de nuevas MA se asoció con disminución de infecciones ($p<0,01$), tanto de flebitis ($p<0,01$) como bacteriemia ($p<0,01$).

En análisis multivariante se mantuvo dicha relación con la aplicación de las nuevas MA, OR=2,5, OR=6,7 y OR=6,7 para infección, flebitis y bacteriemia, respectivamente ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

La instauración de nuevas MA parece una medida eficiente para el control de las complicaciones infecciosas, especialmente en el caso de las BRC.

Aunque nuestra incidencia global de infecciones es similar a los datos publicados en la bibliografía, aun se podrían optimizar las medidas preventivas a otros niveles (formativos, check-list ...)

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARSCOV-2 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS POR MASTOIDITIS AGUDA

María del Mar Martín Latorre, Andrea Premoli López, Laura Jiménez Blanco, Celia Baeza Céspedes, Evelyn Huber y Leticia Martínez Campos

INTRODUCCIÓN

La mastoiditis aguda (MA) se define como un proceso inflamatorio que afecta a las celdillas mastoideas del hueso temporal producido generalmente por complicación de una otitis media aguda en la que se produce una extensión del proceso infeccioso a las mismas.

OBJETIVO

Revisión de los ingresos por MA en el Hospital Materno Infantil de tercer nivel en población pediátrica y comparación entre los dos años previos al inicio de la pandemia por SARSCOV-2 (años 2018 y 2019) y los dos primeros años de dicha pandemia (años 2020 y 2021)

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de pacientes menores de 14 años ingresados entre los años 2018 y 2021. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, microbiológicas y de tratamiento y se realizó una comparativa entre los dos años previos al inicio de la pandemia por SARSCOV-2 (2018 y 2019) y los dos primeros años de dicha pandemia (2020 y 2021). Se realizó análisis descriptivo, bivariante mediante Chi-Cuadrado y multivariante mediante correlación de Spearman, empleando el software estadístico SPSS ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Durante los cuatro años, ingresaron 19 pacientes por mastoiditis aguda, la mayoría de ellos eran hombres (57,9%) y la media de edad se situó en $5,37 \pm 4,38$ años. El 84,2% no presentaba factores de riesgo previos.

Se ingresó más pacientes antes de la pandemia (63,2%), siendo 2019 el año con más ingresos (52,4%). Durante el 3er trimestre tuvo lugar la mayor parte de los ingresos (47,4%), siendo julio el mes con mayor incidencia (26,3%).

Se realizó cultivo de exudado ótico en el 78,9% de los pacientes, no aislándose el microorganismo en el 33%.

El síntoma más frecuente fue la otalgia (89,5%) seguido de la tumefacción retroauricular (73,7%). En el 57,9% de los casos se realizó TAC, mostrando alteraciones el 100% de casos. El antibiótico más empleado fue la cefotaxima (89%) y en el 36,8% de los casos se instauró corticoterapia. Requirieron intervención quirúrgica el 31,4% de los pacientes, mediante miringotomía y drenaje transtimpánico, excepto uno de ellos que requirió mastoidectomía asociada. El 89,5% del total de pacientes no presentaron secuelas posteriores.

En el análisis multivariante se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en la respuesta a antibioterapia empírica y la presencia de afectación timpánica entre pacientes pre-pandemia y post-pandemia ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Se aprecia un descenso del 58% en el número de ingresos por MA durante los dos primeros años de la pandemia por SARSCOV2 y una menor respuesta a antibioterapia empírica respecto a los ingresos previos a la pandemia.

Tabla1. Análisis descriptivo pacientes ingresados por mastoiditis

	DOS AÑOS ANTERIORES AL INICIO DE PANDEMIA (2018-2019)	DOS AÑOS POSTERIORES AL INICIO DE PANDEMIA (2020-2021)	TOTAL (2018-1021)
Nº INGRESOS	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19
Por trimestres			
1er trimestre	16,6%	14,3%	15,8%
2º trimestre	25%		15,8%
3er trimestre	50%	42,9%	47,4%
4º trimestre	8,33%	42,9%	21,1%
% HOMBRES	58,3%	57,1%	57,9 %
EDAD MEDIA EN AÑOS	5,33 ± 4,14	5,43 ± 5,12	5,37 ± 4,38
DURACIÓN INGRESO EN DÍAS	10,5 ± 12,37	15,43 ± 22,53	12,32 ± 16,39
AUSENCIA FACTORES RIESGO	83,3%	85,7%	84,2%
DIAGNÓSTICO PREVIO OMA	83,3%	85,7%	84,2%
OÍDO DERECHO AFECTO	83,3%	42,9%	68,4%
CULTIVO EXUDADO ÓTICO	75%	85,7%	78,9%
MICROORGANISMO NO IDENTIFICADO	25%	28,6%	33%
PIEBRE	50%	71,4%	57,9%
TUMEFACCIÓN	75%	71,4%	73,7%
AFECTACIÓN TÍMPANO	50%	100%	68,4%
OTALGIA	91,7%	85,7%	89,5%
DESPEGAMIENTO PABELLÓN	58,3%	71,4%	63,2%
OTORREA	58,3%	71,4%	52,6%
REALIZACIÓN TAC	50%	71,4%	57,9%
ANTIBIOTERAPIA CON CEFOTAXIMA	75%	57,1%	68,4%
CORTICOTERAPIA	25%	57,1%	63,2%
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	41,7%	14,3%	68,4%
EVOLUCIÓN FAVORABLE			
Con antibioterapia empírica	58,3%	57,1%	57,9%
Con antibioterapia empírica + cirugía	41,7%		26,3%
Tras cambio a antibioterapia dirigida		28,6%	10,5%
Tras cambio a AB dirigida + cirugía		14,3%	5,3%
ALTA SIN SEGUIMIENTO	41,7%	57,1%	47,4%
AUSENCIA DE SECUELAS	91,7%	87,5%	89,5%

SÍNDROME DE PORETTI-BOLTSHAUSER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Morales Ojeda, María Pérez Rivera, Julio Alberto Castañeda Mendieta, María del Mar Montes Valverde, Elena Villatoro Leiva y Jose Luis Cuevas Cervera

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Poretti-Boltshauser es una enfermedad autosómica recesiva con una prevalencia muy baja que se caracteriza por una variabilidad en la expresión clínica y radiológica que incluye desde displasia cerebelosa con o sin quistes hasta hipoplasia del vermis cerebeloso o aumento en parches de la señal T2 y FLAIR en sustancia blanca. Clínicamente, presentan miopía, movimientos oculares anormales o

retinopatías junto con retraso en el desarrollo motor, retraso en el habla y función cognitiva variable. Presentamos este caso con el fin de conocer el manejo del espectro fenotípico de las laminopatías, excluyendo los trastornos neuromusculares y sabiendo que la laminina es una proteína de la matriz extracelular necesaria para el ensamblaje de la membrana basal y desarrollo embrionario temprano.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 3 años en seguimiento por Neurología Infantil por ataxia, retraso en la adquisición de algunos ítems del desarrollo psicomotor, leve retraso cognitivo y del desarrollo del lenguaje. Diagnosticada de estrabismo y miopía a los 7 meses de edad, sin incidencias en el embarazo ni parto, ni antecedentes familiares de interés. Se realiza resonancia magnética

(RM) cerebral donde destaca la presencia de lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR en sustancia blanca periventricular y subcortical, sugerentes inicialmente de Leucodistrofia Hipomielinizante. Se completa estudio con potenciales evocados visuales (PEV), auditivos de tronco cerebral (PEATC), electromiograma y velocidad de conducción nerviosa normales. Se realiza estudio genético mediante exoma dirigido a leucodistrofias y leucoencefalopatías, siendo negativo. Se amplía al estudio de ataxias congénitas no progresivas y/o asociadas a retraso del desarrollo psicomotor, detectándose la variante c.2481G>A (p.Trp827*), clasificada como probablemente patogénica, en homocigosis, en el gen LAMA1 y asociada al Síndrome de Poretti-Boltshauser. Se propone estudio de segregación familiar a la madre para asesoramiento genético, pendiente de realizar, y seguimiento por Atención Temprana y Rehabilitación con favorable evolución clínica.

DISCUSIÓN

- La aparición conjunta de alteraciones oftalmológicas, ataxia y retraso psicomotor son hallazgos que deberían sugerir la realización de estudios genéticos que incluyan el gen LAMA1.
- La genética además de ayudarnos a realizar un diagnóstico adecuado, nos permite conocer el pronóstico y realizar asesoramiento a las familias, informando del riesgo de transmisión a la descendencia.
- La gran heterogeneidad clínica en el debut de cada trastorno del neurodesarrollo supone un reto diagnóstico para los pediatras, encontrando en la genética una herramienta imprescindible en el abordaje y el manejo de estos pacientes.

UNA COMPLICACIÓN ALGO INFRECUENTE

Andrea Premoli López, Maria del Mar Martín Latorre, Celia Baeza Cespedes, Marina de la Vega de Carranza, Evelyn Huber y Leticia Martínez Campos

INTRODUCCIÓN

Varón de 12 años que ingresa por síntomas compatibles con meningitis secundaria a un foco óptico de evolución tórpida.

DESCRIPCIÓN

Descripción del cuadro

Varón de 12 años sin antecedentes patológicos y con pauta vacunación completa (incluyendo 4CMenB y ACWY) que ingresa por fiebre de 5 días de evolución de $>38,5^{\circ}\text{C}$ y vómitos. Había presentado desorientación y alucinaciones visuales y auditivas. En tratamiento de otitis media aguda (OMA) con ciprofloxacino en gotas y amoxicilina-clavulánico vía oral.

Examen físico: Triángulo de evaluación pediátrica (TEP) alterado por dolor, palidez cutánea, bien hidratado y nutrido.

Signos meníngeos positivos, Glasgow 15, no focalidad.

Otoscopia: conducto auditivo externo (CAE) derecho hiperémico con abombamiento timpánico sin secreción ni perforación. CAE izquierdo normal.

Resto de exploración física normal.

En urgencias se canaliza vía periférica, se realiza analítica con hemocultivo y punción lumbar en la que se obtiene líquido turbio. Se inicia tratamiento según protocolo con cefotaxima, vancomicina y dexametasona y se realiza TC de mastoides urgente, donde se observa ocupación de oído medio y celdas mastoideas compatible con otomastoiditis.

Exámenes complementarios al ingreso:

Hemograma: Hemoglobina 11.8g/dl, leucocitos 26500/yl, (N 20740/ul, L 2080), plaquetas 287400/ul PCR 25 mg/dL, PCT 7 mg/dL.

LCR: hematíes 2000, Leucocitos 7286 Polimorfonucleares:88,7% Mononucleares 11,3% Glucosa $<10\text{mg/dL}$, Proteínas 5,38 g/dL

Evolución

Inicialmente afebril, a las 48 horas se aísla en LCR y hemocultivos *Klebsiella pneumoniae*, suspendiendo vancomicina y manteniendo cefotaxima y corticoterapia.

Se realiza resonancia magnética (RMN) cerebral visualizándose absceso cerebral occipital cambiando el tratamiento a meropenem intravenoso en perfusión extendida y suspendiéndose corticoides. Se mantiene afebril con cefalea leve.

Al 28 día de ingreso presenta empeoramiento de la cefalea y papiledema por lo que se repite prueba de

XLVII Reunión científica de la SPAO

imagen, visualizándose aumento del absceso occipital, con ventriculitis e hidrocefalia. Inicialmente, se realiza drenaje ventricular externo, pero al presentar signos de hidrocefalia obstructiva se cambia por drenaje ventrículo-peritoneal. Presenta evolución favorable. Se mantiene antibioterapia durante 61 días.

DISCUSIÓN

Ante un cuadro de meningitis secundaria a un foco óptico, el absceso cerebral es una complicación poco frecuente pero posible que obliga a ampliar la cobertura antibiótica a microorganismos como enterobacterias, pseudomonas spp. y anaerobios, así como estudio de imagen que incluya parénquima cerebral. El tratamiento debe ser multidisciplinar, pudiendo precisar cirugía. La duración de la antibioterapia se debe ajustar a la evolución clínica y radiológica.

FIEBRE TRAS UN VIAJE

Andrea Premoli López, Celia Baeza Cespedes, Laura Jiménez Blanco, Maria del Mar Martín Latorre, Isabel Álvarez Pérez y Leticia Martínez Campos

Se trata de dos casos clínicos de dos hermanas con fiebre y diarrea con antecedente de viaje a Pakistán.

DESCRIPCIÓN

CASO CLÍNICO 1

Preescolar de 4 años que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39°C de 5 días y mialgias. Antecedente: viaje a Pakistán, hace un mes.

Examen físico: regular estado general. Abdomen distendido, timpanizado, con hepatoesplenomegalia.

Extraemos analítica de sangre, frotis y serologías de virus y hemocultivo:

- Hipertransaminasemia, ferritina y reactantes de fase aguda elevados.
- Anemia microcítica hipocrómica. Ingresa.

Presenta picos febriles de hasta 40°C 13 días.

Desciende la hemoglobina 5,8g/dL precisándose transfusión de concentrado de hematíes. Ecografía de abdomen: leve hepatomegalia. Radiografía de tórax normal. Recibe tratamiento con ceftriaxona intravenosa 100mg/kg/día 11 días. Se realiza despistaje infeccioso frente a virus, parásitos (plasmodium spp. y leishmania) y mantoux, destacando infección aguda por virus Epstein Bar.

Al tercer día, diarrea con coprocultivo positivo (*Campylobacter jejuni*), iniciándose azitromicina 10mg/kg/día vía oral 5 días.

Realizamos aspiración de médula ósea para análisis infeccioso, medulograma e inmunofenotipo sugiriendo síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Recibe prednisona (1,7 mg/kg/día) el día 13º de ingreso, cediendo la fiebre. Tras 48 horas afebril, alta a domicilio con diagnóstico de Síndrome inflamatorio sistémico.

CASO CLÍNICO 2

Escolar de 7 años que acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C, diarrea y vómitos. Antecedentes: viaje a Pakistán (refieren probable ingesta de leche no pasteurizada), hermana ingresada por cuadro febril hace 4 días, hermano (9 años) hepatitis A hace 10 días y hermano (2 años) gastroenteritis tratada en Pakistán.

	CASO 1	CASO 2
HEMOGLOBINA	6g/dL	10g/dL
LEUCOCITOS	9420/uL	12460/uL
NEUTROFILOS	5740/uL	8550/uL
TRANSAMINASAS	GOT:122U/L GPT 175U/L GGT403U/L ALP 315U/L	GOT:115U/L GPT 126U/L GGT57U/L LDH: 893U/L
PCR	9,36mg/dL	14,42mg/dL
PCT	10,76ng/mL	1,75 ng/dL
COPROCULTIVO	<i>Campylobacter jejuni</i>	<i>Salmonella Typhi</i>
SEROLOGÍAS	VEB IgM+ CMV IgG+	VHA IgM+ VEB IgG+
HEMOCULTIVO	Negativo	<i>Salmonella Typhi</i>

Examen físico: hepatomegalia, resto normal.

Analítica: elevación de reactantes de fase aguda, transaminasas y anemia microcítica e hipocrómica. Con hemocultivo, serología de virus (IgM hepatitis A +) ingresa con cefotaxima intravenosa a 100mg/kg/día.

Persisten picos febriles de hasta 40°C, vómitos y diarrea. Al tercer día, se aísla en hemocultivo *Salmonella typhi*, manteniéndose antibioterapia 9 días. Se añaden corticoides durante 3 días. El día 9, alta a domicilio tras 48 horas afebril, con diagnóstico de Fiebre tifoidea y cefixima oral.

DISCUSIÓN

Ante el diagnóstico de fiebre a la vuelta de un viaje son importantes los datos epidemiológicos, así como los síntomas asociados, ya que el rendimiento de las pruebas diagnósticas puede ser insuficiente. En nuestros casos, el tratamiento empírico fue efectivo y la confirmación diagnóstica se obtuvo al ingresar la hermana con los mismos síntomas y el hemocultivo positivo a *S. typhi* que permitió confirmar los dos casos de fiebre tifoidea importada.

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA VACUNACIÓN DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE BRONCOESPASMO

Andrea Premoli López, Inés Machí Castañer, Gema Martínez Espinosa, Laura Jiménez Blanco, Raquel Pulido Esteban y María Isabel Garzón Cabrera

INTRODUCCIÓN

La pandemia SARS-Cov2 ha supuesto un impacto a nivel socio sanitario, dificultando el acceso de la población a los centros de salud y, por tanto, a los programas vacunales.

OBJETIVOS

Analizar la influencia de la pandemia en las coberturas vacunales según calendario autonómico, no financiadas y antigripal en los pacientes atendidos por crisis de broncoespasmo en urgencias de un hospital de tercer nivel.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo. La población accesible, pacientes que consultaron por broncoespasmo en nuestro servicio de 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 uno de los periodos.

Se recogió: sexo, edad, patología previa, vacunas de calendario autonómico, opcionales (meningococo b y rotavirus) y el estado vacunal antigripal en pacientes con recomendación según el Comité Asesor de Vacunas de la Sociedad Española de Pediatría (CAV-AEP).

Análisis estadístico: chi-2, t-student.

RESULTADOS

Se registraron 2872 consultas por dicho motivo, seleccionándose de forma aleatoria 311 pacientes:

- Pre-pandemia: 165 casos. Edad media 2,55 años. 42'4% mujeres. El 44'8% recibieron rotavirus y meningococo b. El 98'2% cumplían el calendario autonómico. El 52'7% presentaban patología previa con recomendación de vacunación antigripal, siendo inmunizado el 16'1%
- Pandemia: 38 casos. Edad media 2,69 años. 42'1% mujeres. El 18'4% recibieron rotavirus y meningococo b. El 94'7% cumplían el calendario autonómico. El 65'8% presentaban patología previa con recomendación de vacunación antigripal, siendo inmunizado el 8%.
- Post-pandemia: 108 casos. Media de edad 2,77 años. 31'7% mujeres. El 46'3% se inmunizaron frente a rotavirus y meningococo b. El 95'4% cumplían el calendario autonómico. El 48'1% tenían patología previa, inmunizado el 17'3%.

Al comparar las tres muestras, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas con res-

XLVII Reunión científica de la SPAO

pecto a la cobertura vacunal de meningococo b y rotavirus (p 0'004).

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 de la población a los centros de salud.
- A pesar de no hallar diferencias, la cobertura vacunal antigripal del grupo de pacientes con recomendación según el CAP-AEP, disminuyó durante el periodo pandemia, con posterior recuperación, pero manteniéndose en cifras bajas.

SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA

Remedios Del Pilar Lázaro Gómez, Gloria Serrano García, M^a Jose Puertas Martínez, Trinidad Cervilla Maldonado, Maria Jesus Espinola Lozano y Cristina Garzon Moreno

INTRODUCCIÓN

El paciente oncológico necesita abordaje interdisciplinar, con responsabilidad conjunta(1)

Seguridad del paciente es la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, consecuencia tanto de la atención a la salud recibida, como los errores asociados al uso de medicamentos del proceso prescripción-administración de medicación, independientemente de consecuencias(2,3)

Las Sociedades Españolas de Farmacia Hospitalaria, Enfermería Oncológica, Oncología Médica elaboraron en 2018 recomendaciones para manejo seguro de medicación antineoplásica, punto 3.28: "Siempre que sea posible introducir tecnologías para mejorar la seguridad del paciente(...), transferencia de datos a bombas inteligentes"(4)

Informatizando el circuito prescripción-administración con OncoSafety Remote-Control(OSRC) se garantiza la trazabilidad. Oncofarm para prescripción, farmacia valida, enfermería comprueba valida tratamiento, cargándolo el sistema en PDA.

Se inicia administración identificando obligatoriamente: paciente-medicación-vía-bomba-ubicación-enfermera con lectura de códigos

El sistema, vía wifi, envía orden administración a bomba del paciente verificando parámetros, firma-profesional-hora inicio-fin del tratamiento.

Se pone en marcha después de cuatro años de incidentes con intensa colaboración

Proyecto pionero a nivel nacional en Oncopediatría,

Marzo-2018 formación

Abril-Junio instalación, adecuación protocolos, ubicaciones,...Noviembre-2019 arranca Onco-safety, parando por no adecuación de protocolos Hospital Día(HD)

Enero-Marzo-2020 análisis idiosincrasia niños re-adaptando protocolos con Oncosafety (no experiencia previa pediatría).

Marzo-2020-COVID

Enero-Febrero-2021: Primeros tratamientos administrados en niños a nivel nacional en HD

OBJETIVOS

Mejorar seguridad en la administración de QT
Implantar Sistema OSRC en HD

Identificar dificultades en la implementación de OSRC

Implantar Sistema OSRC en Hospitalización

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo realizado entre 1 Marzo 2021 y 1 Marzo 2022 a pacientes del HD de ONCOPEDIATRIA, teniendo en cuenta los indicadores:

Número de tratamientos, mezclas administrados, presiones no recomendadas, tiempos de administración y errores evitados por medicación incorrecta, tratamientos administrados con cierre total del sistema y cierre parcial(manual)

RESULTADOS

DE 259 tratamientos 201(78%) se administraron completamente con ONCOSAFETY, 58(22%) como mínimo una de las administraciones ha sido sin PDA y cierre parcial(manual) Sin incidencias más allá de la adecuación del proceso En el 0.82% de las mezclas administradas hubo presiones no recomendadas. Sin variación en el flujo prescrito, los tiempos de administración ajustados a teóricos teóricos.

Errores evitados por Oncosafety en 68 ocasiones se ha realizado una lectura de un fármaco que no correspondía con el esperado

CONCLUSIONES

No experiencia previa al tratarse de pacientes pediátricos, requiere adaptar protocolos. OSRC permite garantizar la seguridad y trazabilidad de los mismos ante errores que pudieran ocurrir durante el proceso. El software detecta, si detecta desviación respecto al protocolo correcto, avisando para poder realizar correcciones oportunas antes de infusión. Informa de la administración del tratamiento, y eventos acontecidos devolviéndola al sistema quedando recogida en la historia del paciente permitiendo al equipo detectar si hubiera aspectos que debe trabajar para buscar la excelencia de la terapia.

Siguiente fase implantar en planta de hospitalización

BIBLIOGRAFIA

(1) Reñones Crego M de la C, Fernández Pérez D, Vena Fernández C, Zamudio Sánchez A. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones inter-Hospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). Enferm Clínica [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 27 de septiembre de 2020];26(5):312-20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086211630050X>

(2) Estrategia Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 (Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 18 Ene 2021]. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015>

(3) James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013 Sep;9(3):122-8

(4) Otero M-J, Vera R, González-Pérez C, Ayala de la Peña F, Peñuelas Á, Quer N, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Sociedad Española de Enfermería Oncológica y la Sociedad Española de Oncología Médica para el manejo seguro de la medicación antineoplásica del paciente con cáncer. Farm Hosp [Internet]. diciembre de 2018 [citado 29 de septiembre de 2020];42(6):261-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-63432018000600261&lng=es&nrm=iso&tlng=en

(5) Marcos García, María Dolores; Ramos González, Victoria. Administración segura de medicamentos en los nuevos escenarios electromagnéticos de Internet de las Cosas (IoT). Madrid; Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Investigación en Telemedicina y e-salud: 2018 Pagina 58/

ANÁLISIS COBERTURA VACUNAL PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN PANDEMIA COVID 19

María del Mar Martín Latorre, Evelyn Huber, Laura Jiménez Blanco, Celia Baeza Céspedes, Andrea Premoli López y Julio García Feito

INTRODUCCIÓN

Los niños con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) pueden tener un mayor riesgo de padecer infecciones, no solo debido a su enfermedad sino también a los tratamientos inmunomoduladores que reciben, de ahí la importancia del refuerzo de la necesidad de actualizar sus calendarios vacunales y seguir las instrucciones sobre vacunación según Socie-

XLVII Reunión científica de la SPAO

dad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE). Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes afectos de AIJ atendidos durante los años 2020 al 2022 en una Unidad de Reumatología Infantil.

OBJETIVO

Conocer el estado vacunal de los pacientes afectos de AIJ atendidos durante el periodo de enero 2020 a febrero 2022 en nuestra Unidad de Reumatología Infantil en un hospital de tercer nivel.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de una cohorte retrospectiva de una total de 65 pacientes afectos de AIJ de edad comprendidas entre 2 a 18 años atendidos entre enero 2020 a febrero 2022. Análisis descriptivo de calendario vacunal autonómico en vigor y recomendadas especiales según directrices SERPE.

RESULTADOS

Se han evaluado un total de 65 pacientes afectos de AIJ con una edad media de 10,96 años y 78,46 % fueron niñas.

Reciben tratamiento con corticoides sistémicos: 3%, FAME (fármacos modificadores de enfermedad) sintético un 38,46 %, y FAME biológico un 47,69 %.

Se constató calendario vacunal autonómico acorde a la edad en un 95,38 %.

Vacunación frente vacunas no financiadas un 47,69 %. Y vacunación frente gripe estacional en un 41,54 %. Además un 83 % fue vacunado frente Covid 19.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedades reumatológicas, en nuestro caso pacientes afectos de AIJ son un grupo especialmente vulnerable a las infecciones en los que es necesario instaurar todas las medidas a nuestro alcance para evitarlas. Dónde las recomendaciones de una correcta cumplimentación del calendario vacunal y las recomendaciones específicas en este grupo de pacientes es prioritario. Ante los datos obtenidos, es necesario reforzar di-

cha información y realizar una vigilancia activa para mejorar dichas coberturas vacunales..

VACUNACIÓN Y ENFERMEDAD POR COVID 19 EN PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN ÉPOCA PANDEMICA

María del Mar Martín Latorre, Evelyn Huber, Celia Baeza Céspedes, Andrea Premoli López, Laura Jiménez Blanco y Julio García Feito

INTRODUCCIÓN

Los niños con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) pueden tener un mayor riesgo de padecer infecciones, no solo debido a su enfermedad sino también a los tratamientos inmunomoduladores que reciben. Las características clínicas de COVID-19 entre dichos pacientes son variables y no hay evidencia de que sean sustancialmente diferentes a los pacientes sin dichas enfermedades.

OBJETIVO

Conocer el estado vacunal frente Covid 19 y el número de casos por Covid 19 entre los pacientes afectos de AIJ atendidos durante el periodo de enero 2020 a febrero 2022 en nuestra Unidad de Reumatología Infantil en un hospital de tercer nivel.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio de una cohorte retrospectiva de una total de 65 pacientes afectos de AIJ de edad comprendidas entre 2 a 18 años atendidos entre enero 2020 a febrero 2022. Análisis descriptivo de vacunación, número y gravedad de pacientes que han cursado enfermedad por Covid 19.

RESULTADOS

Se han evaluado un total de 65 pacientes afectos de AIJ con una edad media de 10,96 años de los cuales un 78,46 % fueron niñas.

Reciben tratamiento con corticoides sistémicos: 3%, FAME (fármacos modificadores de enfermedad) sintético un 38,46 %, y FAME biológico un 47,69 %.

En el análisis de nuestros pacientes se constató un 83 % de vacunados frente Covid 19.

Un total de 13,86 % pasaron enfermedad por Covid 19 de los cuales sólo un paciente no estaba vacunado frente Covid 19. Ninguno de ellos requirió ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedades reumatológicas, en nuestro caso pacientes afectados de AIJ son un grupo especialmente vulnerable a las infecciones en los que es necesario instaurar todas las medidas a nuestro alcance para evitarlas. En nuestro grupo de estudio no se ha evidenciado diferencia sustancial con respecto a la población general. Debiendo por lo tanto, continuar con las recomendaciones tanto generales como específicas establecidas por la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, REVISIÓN DE UNA PATOLOGÍA PEDIÁTRICA POCO FRECUENTE.

María del Mar Martín Latorre, Inés Machí Castañer, Ana Gutiérrez Rodríguez, Celia Baeza Céspedes, Gema Martínez Espinosa y Francisco Javier Aguirre Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain-Barré constituye en la actualidad la primera causa de parálisis flácida aguda en niños en países desarrollados. La presentación típica es una debilidad muscular progresiva simétrica ascendente con hipo-arreflexia.

OBJETIVO

Conocer los motivos de consulta, la clínica y la exploración al diagnóstico, además del resultado de las pruebas complementarias y la evolución, de los pacientes con dicha patología.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se incluyeron los casos de Síndrome de Guillain-Barré 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, exploración al diagnóstico, pruebas complementarias, evolución, tratamiento, ingreso en UCIP y rehabilitación.

RESULTADOS

14 pacientes consultaron en nuestra unidad diagnosticándose finalmente de esta patología. Edad media 4'74 años (DT 3'46), el 42'9% mujeres. Los motivos más frecuentes de consulta al diagnóstico: dificultad para deambular (28'6%) y debilidad muscular generalizada (21'4%).

Un 35'7% presentaban patología de base y el 85'7% cuadro infeccioso previo. Un 7'1% tenía antecedente de vacunación reciente. La media de días de evolución al consultar fue de 7,29 (DT 12'19).

La clínica al diagnóstico fue en el 85'7% motora. El 42'9% asociaba dolor en muslos. En la exploración destacaba la hipo-arreflexia en extremidades inferiores en el 85'8% y en el 28'6% alteración de pares craneales. Todos presentaron alteración de la marcha.

Durante su ingreso, el porcentaje de pacientes con dolor aumentó hasta el 71'4%. Otros síntomas: alteración sensitiva (28'6%), irritabilidad (28'6%) y alteración de la deglución (21'4%). En la exploración, todos presentaron alteración de reflejos y el 28'6% de pares craneales. Un paciente presentó disfunción autonómica.

La punción lumbar se realizó con una media de 7'4 días (DT 12'2) tras el inicio de los síntomas. El 57'1% presentaron hiperproteínoorraquia. El estudio neurofisiológico se encontraba alterado en el 85'7%.

El 85'7% recibió gammaglobulina. El 28'6% precisaron ingreso en UCIP, y el 21'4% ventilación mecánica. La media de días de hospitalización fue de 13'14 (DT 16'21).

El 78'6% precisó rehabilitación. El 7'1% presentó secuelas.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, la dificultad para deambular y la debilidad muscular fueron los motivos principales de consulta, ambos poco específicos, por ello cobra especial importancia la exploración clínica, ya que la mayoría presentaron alteración de reflejos.

La punción lumbar fue normal en la mitad de los casos dado que en general se realizó de forma precoz. La evolución de nuestros pacientes fue favorable en su mayoría.

ELEVACIÓN AISLADA DE TRANSAMINASAS: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Cristina Cabrera Corral, Elisenda Hernández García, María Esther Vidaurreta del Castillo, Elena Rivera Sánchez, Elena Villatoro Leiva y María Aurora Pérez Parra

INTRODUCCIÓN

Se define hipertransaminasemia como la elevación de transaminasas séricas por encima del límite superior de la normalidad (> 40 - 45 U/L). La hipertransaminasemia aislada como hallazgo casual en paciente asintomático es relativamente frecuente. Puede ser manifestación de hepatopatía potencialmente grave o de enfermedades extrahepáticas. La ausencia de síntomas no asegura benignidad. En el diagnóstico diferencial a estudio en este caso hay que descartar: hepatitis virales y autoinmunes, así como estudio de enfermedades con posible afectación hepática como patología tiroidea, celiaquía, alteraciones del metabolismo del hierro y cobre, alteraciones hematológicas, metabólicas, colestasis u otras anomalías estructurales de hígado y vía hepática. El tratamiento es muy variable según la etiología y la gravedad que ésta conlleva. La aparición de megalias, cualquier signo de encefalopatía, coagulopatía activa, acolia, coluria o ictericia, son signos de alarma que no deben pasar desapercibidos.

DESARROLLO DEL CASO

Paciente de 8 años con Síndrome de Down derivada a consulta de Digestivo Infantil por hipertransami-

nasemia aislada asintomática como hallazgo casual en control que se realiza anualmente. Presenta hipertransaminasemia (GOT 567 U/L GPT 837 U/L GGT 77 U/L) con resto de bioquímica normal. Se realiza anamnesis exhaustiva investigando la ingesta de alimentos o fármacos y se constata que la paciente estaba tomando desde hace un año extracto de té verde (galato de epigallocatequina) como suplemento nutricional indicándose su retirada. La exploración y pruebas de imagen son normales, así como el estudio analítico de diagnóstico diferencial que incluye: hemograma, bilirrubina, fosfatasa alcalina, LDH, cobre, ceruloplasmina, hierro, alfa-1-antitripsina, anticuerpos de celiaquía o anticuerpos asociados a hepatitis autoinmunes. En controles bioquímicos seriados tras retirada del suplemento aparece un descenso hasta un control previo al alta con hipertransaminasemia completamente resuelta: GOT: 39 U/L GPT: 38 U/L GGT: 18 U/L.

CONCLUSIONES

- Una adecuada historia clínica y exploración física son las herramientas más útiles para enfocar el estudio de una hipertransaminasemia.
- El hallazgo casual de hipertransaminasemia debe ser confirmada y seguida hasta su normalización realizando un adecuado diagnóstico diferencial.
- La administración de suplementos nutricionales o fármacos fuera de la prescripción habitual de nuestra consulta debe realizarse siempre bajo supervisión médica.
- El galato de epigallocatequina recomendado en pacientes con Síndrome de Down para favorecer su estimulación cognitiva puede acumularse en el tejido hepático cuando la glucuronidasa encargada de su metabolismo se encuentra sobrepasada dando lugar a la elevación de transaminasas como marcador de daño hepático.

LA ENFERMEDAD DE ISELIN EN JÓVENES DEPORTISTAS

Angel Morillas Mingorance, Ana Garach Gómez, Ivan Gutiérrez García, Lucía Gómez López e Isabel Moreno Moreno

INTRODUCCIÓN

Las osteocondrosis son alteraciones del crecimiento óseo en diversos puntos de osificación que se producen durante el periodo de máxima actividad del desarrollo.

La enfermedad de Iselin es una osteocondrosis de la apófisis del quinto metatarsiano, producida por la tracción del músculo peroneo lateral corto y la presión excesiva que se ejerce sobre dicha apófisis durante las actividades deportivas, por lo que es mucho más frecuente en deportistas. La apófisis de la base del quinto metatarsiano se desarrolla entre los 9-14 años.

La tensión excesiva y repetida que se ejerce en esta zona durante el deporte llevando el borde externo del pie hacia dentro, producen microtraumatismos que dañan el pequeño núcleo del extremo del quinto metatarsiano.

CASO CLÍNICO

Escolar de 13 años de edad que acude a consulta del Centro de Salud por presentar una tumoración bilateral en ambos bordes externos del pie, más evidente en pie derecho, asociado a dolor al apoyar y e impotencia funcional en la última semana para la realización de ejercicio físico. Practica frecuentemente fútbol y tres días a la semana entrena a baloncesto. Ante la sospecha de enfermedad de Iselin, y tras comprobar mediante radiografía de pie que presenta imagen radiológica compatible, se le indica dejar de realizar deporte mientras presenta el dolor, frío local y antiinflamatorios, e incluso breves periodos de inmovilización en caso de intensificarse la clínica.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Iselin es un proceso que hasta hace unos años se consideraba una enfermedad rara, pero que, en la actualidad, con el aumento de la práctica deportiva en niños y adolescentes, es más frecuente.

Se debe pensar en ella con niños deportistas y realizar un diagnóstico diferencial con apofisitis en niños más jóvenes y con fractura ósea en aquellos de más edad. La importancia del diagnóstico diferencial ra-

dica en que en la enfermedad de Iselin el tratamiento es conservador, pudiendo reiniciar la actividad física en un corto periodo de tiempo, mientras que en las fracturas el tratamiento será más agresivo, con un periodo de inmovilización mayor y más lenta la recuperación de su actividad deportiva.

Conviene, por último, explicar al niño y a la familia que puede producir síntomas hasta el final del crecimiento y que, a veces, pueden trascurrir años hasta su resolución completa.



DISRAFISMO ESPINAL OCULTO Y POSIBLES COMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Teresa Valvanuz Rodríguez Cruzado, Francisco Girón Fernández-Crehuet, Catalina Ortiz Paredes, Pamen Delgado Mainar, Manuel Caro Juarez y Laura Caravaca Pantoja

INTRODUCCIÓN

El seno dérmico es una entidad clínica asociada al disrafismo espinal oculto que consiste en un tracto tubular epitelizado frecuentemente localizado en región lumbrosacra por encima del pliegue interglúteo. Su trayecto fibroso suele recorrer el tejido celular subcutáneo y, en ocasiones, llega a contactar con el espacio subaracnoideo y médula espinal. Este seno dérmico puede contener en su extremo proximal un quiste dermoide que puede infectarse y causar un cuadro de meningismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 3 años que acude a Urgencias por fiebre de 4 días de evolución. Refiere hiporexia, tendencia al estreñimiento y dolor abdominal desde hace meses, objetivándose incluso niveles hidroaéreos en radiografía realizada en una visita a Urgencias. En la exploración física destacaba distensión abdominal y un seno dérmico lumbosacro rodeado de halo eritematoso doloroso a la palpación. En la analítica sanguínea se constató una leucocitosis con neutrofilia y elevación de los reactantes de fase aguda (Procalcitonina de 97ng/mL y Proteína C Reactiva de 275mg/L). Ante la sospecha de una posible infección del sistema nervioso central por seno dérmico infectado, se inicia antibioterapia empírica. Debido a la imposibilidad de realizar punción lumbar por posibles malformaciones anatómicas, se solicitó Resonancia Magnética Nuclear (RMN) en la que se objetivó formación en canal medular compatible con quiste dermoide a nivel de S1. Se derivó a Neurocirugía para intervención y prevenir posibles complicaciones.

Durante el Ingreso para la intervención, un mes y medio después, realizan interconsulta por aparición de cuadro febril, asociando dolor abdominal, lumbar y a la deambulación. Se realiza analítica en la que se constata aumento de reactantes, se inicia antibioterapia por los antecedentes y ante la persistencia de fiebre sin otro foco que la justifique y que no cede tras 9 días de antibioterapia, se repite RMN, en la que se observa absceso epidural que se extiende hasta D8, conectando aparentemente con quiste dermoide previamente descrito. Finalmente se realiza cirugía urgente con laminoplastia y limpieza de espacio epidural.

DISCUSIÓN

El disrafismo espinal oculto engloba un conjunto de anomalías congénitas debidas a un defecto del cierre del tubo neural en el que no existe exposición del tejido nervioso hacia el exterior. La detección precoz de esta patología es de importancia para evitar complicaciones neurológicas, musculoesqueléticas, genitourinarias, infecciosas o gastrointestinales, como incontinencia o estreñimiento como el que asociaba nuestro paciente.

Por lo tanto, es imprescindible realizar una exploración física exhaustiva ante un niño con fiebre sin foco.

HEMATOCOLPOS POR HIMEN IMPERFORADO, UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Celia Baeza Céspedes, Verónica Campos Trenado, Raquel Pulido Esteban, Andrea Premoli López, María del Mar Martín Latorre y Laura Sevilla Casabó

INTRODUCCIÓN

El hematocolpos es la acumulación hemática en cavidad vaginal por obstrucción del tracto genital femenino. Existen múltiples etiologías, siendo la más frecuente el himen imperforado. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal recurrente en adolescentes con amenorrea primaria y Tanner mayor de 3; otras manifestaciones son disuria, estreñimiento, dolor lumbar o retención aguda de orina (RAO). El diagnóstico es clínico, con valoración ecográfica para descartar complicaciones y malformaciones genito-urinarias. El tratamiento es quirúrgico con plastia del himen.

A continuación, se presentan dos casos de RAO por hematocolpos secundario a himen imperforado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1

Mujer de 13 años, consulta en Urgencias por dolor abdominal de 3 días e incapacidad para micción de pocas horas de evolución. No menarquia. A la exploración dolor hipogástrico sin otros hallazgos. Tras analgesia y tolerancia oral se consigue control de dolor, sin lograr micción tras 1 hora. Se diagnostica de posible infección urinaria y se da alta con tratamiento antibiótico y entrega ambulatoria de urocultivo.

A las 6 horas reconsulta por aumento de dolor y persistencia de anuria. Afectación del estado general por dolor que empeora con sedestación, a la palpación abdominal masa hipogástrica compatible con globo vesical. En la exploración genital, vello púbico estadio 4 y membrana a tensión en introito vaginal,

con contenido violáceo, sugerente de himen imperforado con hematocolpos. Valorada por Ginecología, se realiza himenotomía en cruz, con salida de contenido hemático y orina de manera espontánea.

Caso 2

Mujer de 13 años, acude a Urgencias por dolor hipogástrico e incapacidad para miccionar en las últimas 10 horas. No menarquia, sí desarrollo puberal. Facies dolorosa y dificultad para la sedestación. En la exploración se objetiva abdomen doloroso y algo distendido, e himen imperforado a tensión. Se interconsulta con Ginecología, confirmándose himen imperforado con hematocolpos y RAO secundarias. En ecografía abdominal, hematometra de 58x177 mm. Se realiza sondaje vesical e himenotomía urgente bajo anestesia general.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias, siendo sintoma de múltiples patologías; por ello, es primordial la realización de anamnesis y exploración física completas, incluyendo aparato genital, para conseguir un abordaje integral.

En el diagnóstico diferencial de dolor abdominal recurrente en mujeres adolescentes con amenorrea primaria y Tanner mayor de 3 debe incluirse el hematocolpos por himen imperforado; es primordial un diagnóstico y tratamiento precoz, ya que el retraso en su diagnóstico puede derivar en complicaciones como hematometra, hematosalpinx, endometriosis pelviana, pelviperitonitis e hidronefrosis.

¿SE DAN MÁS COMPLICACIONES RENALES POR LAS VACUNAS MRNA QUE POR EL SARS-COV2?

Celia Baeza Céspedes, Carmen Sánchez Ramírez, José Sánchez López-Gay, Laura Jiménez Blanco, María del Mar Martín Latorre y Francisco Vela Enríquez

INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV2 ha afectado con menor intensidad a la población pediátrica en

comparación a la adulta; sin embargo, no ha estado exenta de complicaciones, entre ellas las renales. Dada la menor agresividad del coronavirus en niños, muchas familias han rechazado la vacunación frente a SARS-CoV2 por miedo a los efectos secundarios que pudiera producir su administración.

Presentamos los casos de pacientes con afectación renal que se han recogido en nuestro centro desde el año 2021, relacionados con infección (COVID-19) o vacunación para SARS-CoV2, con el objetivo de valorar cuáles fueron las complicaciones más frecuentes en la población pediátrica en nuestro medio.

OBJETIVO

Describir los casos de patología renal relacionada con COVID-19 o con vacunación mRNA frente a SARS-CoV2 en nuestro centro, para valorar si suponen un factor de riesgo precipitante en la aparición de patología renal en la población pediátrica.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se han revisado las historias de los pacientes pediátricos con afectación renal relacionada con COVID-19 o con vacunación mRNA frente a SARS-CoV2, a partir del año 2021, valorados en nuestro centro. Se han analizado descriptivamente los datos recogidos mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Desde el 2021, se han ingresado 6 pacientes con patología renal relacionada con infección o vacunación SARS-CoV2. Todos son varones mayores de 9 años (media 11 años), de los cuales el 83,3% presentaban patología renal previa. El 50% de los casos fueron recaídas de síndrome nefrótico (SN), 2 casos de hematuria en pacientes con nefropatía IgA (33,3%) y un caso de daño renal agudo (DRA) en un paciente sin patología renal previa conocida. Entre las causas precipitantes, 4 fueron por COVID-19 (66,7%) y 2 probablemente por vacuna mRNA frente a SARS-CoV2 (33,3%). El 100% de los casos se resolvieron siguiendo los protocolos de actuación para la patología que cursaban, sin secuelas.

CONCLUSIONES

Las patologías renales de base inmune más frecuentes en nuestro medio son el SN y la nefropatía IgA. La infección por SARS-CoV2 puede desencadenar recaídas de estas entidades, como cualquier otra infección respiratoria u otorrinolaringológica.

Todos nuestros pacientes recuperaron situación basal aplicando el tratamiento protocolizado para ello, sin daño renal permanente ni necesidad de terapias de depuración extrarrenal.

En nuestra serie de casos, la vacunación no ha supuesto un mayor número de episodios de enfermedades nefrológicas de base inmune que los que cursaron infección por SARS-CoV2.

Por ello, recomendamos la vacunación frente a SARS-CoV2 en toda la población pediátrica, incluyendo los pacientes con patología renal.

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN NUESTRO MEDIO

María Pérez Rivera, María del Mar Montes Valverde, Julio Alberto Castañeda Mendieta, Laura Morales Ojeda, Cristina Cabrera Corral y José Luis Cuevas Cervera

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda en países con programas de inmunización establecidos. Su incidencia es de 0,5-1,5/100.000 habitantes/año, de 0-17 años. Su evolución en edades pediátricas es, generalmente, favorable, con una mortalidad del 1-5% y un porcentaje de secuelas del 10-25%. Clásicamente, se define como una polirradiculoneuritis aguda, autoinmune y autolimitada caracterizada por parálisis flácida ascendente, simétrica y arrefléxica que puede asociar síntomas sensitivos autonómicos. Generalmente precedida por un proceso infeccioso o postvacunal. Esta definición no incluye las variantes atípicas, lo que ha obligado a ampliar el espectro para reconocerlas y diagnosticarlas atendiendo a unos criterios establecidos: asimetría, hiperreflexia, parálisis descendente o

inicio en pares craneales. El mejor pronóstico se relaciona con el manejo más adecuado del paciente crítico y el uso de inmunoglobulinas endovenosas.

OBJETIVO

Revisar la forma de presentación del SGB atendiendo a la sintomatología y evolución clínica

POBLACIÓN Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con SGB en nuestro centro en los últimos 20 años.

RESULTADOS

Serie de 10 casos clínicos, predominio masculino (8/10). Media de edad: 7 años. Antecedente infeccioso: 3 GEA, 1 varicela, 1 mononucleosis, 3 CVA, 1 parotiditis. Todos presentaron afectación de miembros inferiores, 6/10 en miembros superiores y 3/10 en musculatura respiratoria. Afectación sensitiva, vegetativa y de pares craneales 3/10. Ingreso en cuidados intensivos 5/10. Precisaron ventilación mecánica 2/10. Disociación albúmino-citológica: 9/10. Anticuerpos anti-gangliósido: negativo 4, no realizado 6. Formas de presentación: polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria desmielinizante (PDIA): 4, neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (NAMSA): 1, neuropatía axonal motora aguda (NAMA): 4, síndrome de Miller-Fisher: 1. Variables atípicas de presentación 3/10. 10/10 recibieron tratamiento con gammaglobulina intravenosa, tras lo cual 7/10 presentaron una evolución favorable, 2/10 evolución lenta y tórpidas y 1/10 falleció.

CONCLUSIONES

Nuestra casuística presenta un caso de NAMSA, sumamente raro en la infancia.

Destaca el 20% de casos que precisaron soporte ventilatorio y la mortalidad del 10%, ligeramente superiores a lo reportado en la literatura.

Resalta la infección por el virus de la parotiditis del caso 10, no esperable debido a inmunización establecida en la primera infancia.

El SGB engloba gran variabilidad de síntomas y su sospecha precoz es esencial para un tratamiento adecuado que reduzca al máximo sus posibles secuelas.

La inmunoglobulina iv ha demostrado ser el tratamiento más efectivo y con menores efectos secundarios. Su eficacia es mayor cuanto más precoz sea el inicio del tratamiento.

ROL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA FRENTE A LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO PEDIÁTRICO CON BOMBA DE INSULINA

Marina Marcenaro Calderón y Sonia Gordillo Prieto

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus en pediatría está aumentando en incidencia, obligando y promoviendo la investigación y actualización de conocimientos constantes frente a los diferentes tratamientos y manejo. Entre estos tratamientos encontramos las bombas de insulina.

Estas bombas son unos dispositivos indicados para pacientes con Diabetes Mellitus tipo I que actúa imitando la función del páncreas, de manera que administra insulina de forma continuada durante las 24 horas del día adaptándose a las necesidades del paciente. Han demostrado tener capacidad para reducir los niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada de una manera constante y mantenida, disminuyendo los episodios de hiper e hipoglucemia, y consiguiendo un control más exhaustivo.

La enfermera tiene un papel primordial al estar en contacto directo desde el primer día que el niño debuta con diabetes, y, por tanto, su actuación para mejorar la calidad de vida y minimizar los riesgos y posibles complicaciones del niño es primordial, enfocando sus objetivos e intervenciones hacia la educación diabetológica, tanto al niño como a la familia, y enseñar sobre los distintos tratamientos.

OBJETIVO

Determinar el papel de la enfermera pediátrica ante un paciente pediátrico diabético y el uso de las bombas de insulina.

POBLACIÓN

Pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus tipo I usuarios de bombas de infusión de insulina.

METODOLOGÍA

Revisión de la literatura científica en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet y Elsevier. Términos MESH: "pediatric", "Diabetes Mellitus, Type 1", "insulin infusion pump", "pediatric nurse", "nursery". Criterios de inclusión: publicaciones que describen el papel de la enfermera pediátrica con las bombas de insulina en niños con diabetes, funciones de la enfermera pediátrica en la diabetes tipo I, textos completos en castellano o inglés publicados en los últimos 5 años.

RESULTADOS

La enfermera pediátrica tiene que entender y enseñar tanto el funcionamiento como la tecnología de la bomba de insulina y poder explicarlo al niño y su familia, motivar su uso, conocer cuáles son los pros y contras del tratamiento, enseñar al niño y sus padres los valores normales de glucosa, cómo monitorizarla, calcular la cantidad de insulina en función de las raciones de hidratos de carbono consumidos y cómo administrarla, cómo y cuándo poner un bolo de insulina. Vigilancia del punto de inserción del catéter, observando posibles signos de infección o lipodistrofia. Apoyar y motivar a los niños y sus familiares, sobre todo si se trata de adolescentes y control sobre los hábitos alimenticios y actividad del niño.

CONCLUSIONES

Las enfermeras pediátricas deben promover planes de cuidados individualizados y adaptados al paciente, educando en una correcta alimentación y control de la actividad, enseñar sobre la terapia de bomba de infusión continua de insulina, pautas correctoras y adaptación a su nueva situación con la mayor brevedad posible y normalizando la enfermedad.

ABORDAJE ENFERMERO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Sonia Gordillo Prieto y Marina Marcenaro Calderón

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen actualmente la patología psiquiátrica más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes. Aunque es un trastorno con mayor prevalencia en mujeres, los hombres son afectados en una proporción 1:10

Estos trastornos pueden deberse a diversos factores, son de origen multifactorial. Entre estos factores encontramos biológicos, interpersonales, psicológicos, medioambientales, familiares, culturales y sociales.

La anorexia se caracteriza por restricción del consumo de alimentos, ejercicio excesivo, miedo intenso a ganar peso incluso en pacientes con bajo peso, ingesta de laxantes/diuréticos, distorsión de la imagen corporal. En la bulimia además aparecen atracones seguidos de conductas purgativas.

El papel de la enfermera se basa en realizar campañas de prevención y educación sanitaria, aumentar la comunicación en las familias, detectar precozmente el problema y formar a los profesores para tratar estos temas.

OBJETIVO

Determinar el papel de la enfermera para promover hábitos de vida saludable, prevenir y detectar complicaciones asociadas a un trastorno de la conducta alimentaria.

POBLACIÓN

Niños y adolescentes susceptibles de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, enfocado en edad comprendida entre 15 y 19 años

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Pubmed, ScienceDirect y Dialnet. Como criterios de inclusión se seleccionaron documentos en in-

glés y español entre 2017-2022. Términos MESH: eating behavior, disorder, adolescent.

Palabras clave: conducta alimentaria, trastorno, adolescentes, infancia, enfermería

RESULTADOS

Los profesionales de enfermería realizan principalmente actividades de psicoeducación, tanto al paciente como a la familia, dirigida a tratar los agentes que intervienen en el tratamiento dentro de un ámbito biopsicosocial y la percepción del paciente sobre su cuerpo y hábitos saludables. La enfermera juega un papel importante en la recuperación y en el manejo de planes de cuidados individualizados, con sus respectivos objetivos e intervenciones.

CONCLUSIONES

Las enfermeras tienen un papel fundamental para tratar los TCA, puesto que trabajan en diferentes ámbitos (escolar, familiar, hospitalario, domiciliario, atención primaria) intentando disminuir las causas que interfieren en el riesgo de padecer dicha enfermedad. Las enfermeras, pertenecientes a un equipo multidisciplinar, tratan las complicaciones derivadas de los TCA, actúan frente a ellos y promueven hábitos de vida saludables, tanto alimentario como de actividad física.

SÍNDROMES GENÉTICOS QUE PUEDEN EXPLICAR TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO: SÍNDROME DE WHITE-SHUTTON

María del Mar Montes Valverde, Laura Morales Ojeda, Gabriela Martínez Moya, Julio Castañeda Mendieta, María Pérez Rivera y Jose Luis Cuevas Cervera

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de White-Shutton, también conocido como discapacidad intelectual autosómica dominante 37, es un síndrome reconocido por mutaciones del gen POGZ.

Su prevalencia es desconocida, habiéndose descrito unos 70 casos aproximadamente, algunos inves-

tigadores estiman que puede representar 1/700 de los casos de discapacidad intelectual asociado o no al trastorno del espectro autista (TEA).

Se caracteriza por un retraso global del neurodesarrollo, discapacidad intelectual y diversas anomalías neuroconductuales como el TEA. También se pueden encontrar dismorfias craneofaciales (microcefalia, frente alta y ancha, hipoplasia o retrusión mediofacial, raíz nasal ancha, ...), hipotonía, alteraciones motoras, crisis epilépticas, apnea del sueño, discapacidad auditiva neurosensorial, problemas visuales, tendencia al sobrepeso, talla baja y problemas gastrointestinales.

En cuanto al pronóstico, no existen datos sobre la esperanza de vida, no habiéndose descrito ninguna complicación que pueda provocar la muerte prematura, dependerá de la gravedad de sus discapacidades.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 11 años en seguimiento desde los 5 años por trastorno del neurodesarrollo con dificultades en la sociabilización, lenguaje y cognición. Entre sus antecedentes familiares destacan retraso psicomotor, del lenguaje y del neurodesarrollo en hermano y prima materna. No otros antecedentes personales ni perinatales de interés.

En la exploración destaca fenotipo somático con rasgos dismórficos menores (implantación baja del cabello, sinofridia), torpeza motora gruesa y obesidad en seguimiento por Endocrinología.

Se solicitó estudio genético de Prader Willi y Array-CGM 60k, ambos con resultado negativo.

Durante su seguimiento se han ido intensificando sus hallazgos en la exploración física y el trastorno en el área de la sociabilidad y la comunicación por lo que se solicita un exoma dirigido en el que se identificó una mutación en heterocigosis el gen POGZ en el cromosoma 1q21.3 en la variante c.102_108delTTTCAGTG (p.Asn34fs) con herencia autosómica dominante, compatible con el Síndrome de White Shutton. En el posterior estudio familiar, se comprobó que era de novo.

DISCUSIÓN

- La genética es la piedra angular en el diagnóstico de pacientes con trastorno del neurodesarrollo. Estos estudios se deben orientar en función de los hallazgos detectados tanto en la historia clínica como en la exploración física.
- Una vez detectada la alteración genética, es fundamental un adecuado asesoramiento, informando a las familias del riesgo de transmisión a la descendencia.
- El Síndrome de White-Sutton es una entidad poco frecuente, no obstante, se debe tener en cuenta ante un paciente con discapacidad intelectual, dismorfias craneofaciales y TEA.

GRAVEDAD DEL DEBUT DIABETICO EN PEDIATRÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 Y FACTORES ASOCIADOS

Catalina Ortiz Paredes, María Mesa Ciruelo, Teresa Valvanuz Rodríguez Cruzado y Ana Pérez Aragón

INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-COV-2 decretada por la OMS en Marzo de 2020 ha ocasionado una crisis sanitaria de gran envergadura y magnitud incalculable, poniendo a prueba los sistemas sanitarios. La menor asistencia en los Servicios de Urgencias Pediátricos se asocia al empeoramiento de enfermedades crónicas y retraso diagnóstico de patologías como el debut diabético (DD).

OBJETIVO

Estudiar ingresos hospitalarios por DD en pacientes pediátricos del Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves (Granada), durante el periodo de pandemia Covid-19 (Marzo de 2020 a Diciembre de 2021), comparándolo con el periodo pre-pandemia (Enero de 2018 a Diciembre de 2019), y definir las características de presentación y la influencia que pudiera tener el Covid-19 en la gravedad observada.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo con pacientes pediátricos ingresados en Hospital Virgen de Las Nieves por DD en el período referido. Las variables analizadas fueron edad, sexo, clínica, días de evolución, gravedad de cetoacidosis, necesidad de ingreso en UCI o Planta de Hospitalización, días de ingreso y antecedentes familiares. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS y el estudio comparativo con tablas de contingencia y test-chi cuadrado.

RESULTADOS

En total, 62 pacientes ingresaron en nuestro centro por DD; 27 antes de decretarse la pandemia y 36 durante la misma. La edad media de máxima incidencia fue 6,8 años (pre-pandemia) y 8,3 años (pandemia). En relación al género, solo en el grupo pandémico predominó el sexo femenino (57% frente al 41%). En ambos grupos, un 40% presentaba un antecedente infeccioso (infección respiratoria) en los 15 días previos al debut y en nuestra

casuística 2 pacientes fueron diagnosticados de infección Covid-19.Comparativamente, la incidencia de CAD grave con necesidad de ingreso en UCIP fue mayor durante la pandemia (48,6% frente al 29%). El síntoma más frecuente en ambos grupos fue la poliuria seguido de polidipsia. No hemos encontrado diferencias significativas respecto a período de incubación ni estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

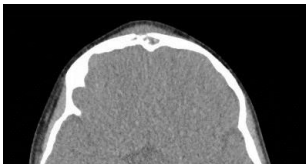
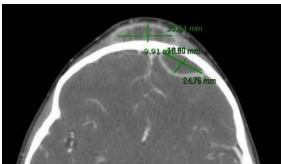
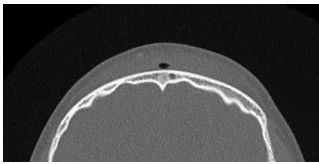
Los resultados confirman un aumento de casos de DD con cetoacidosis grave-moderada e ingresos en UCIP; similares a los descritos en la bibliografía consultada. Las restricciones, el aislamiento domiciliario y el miedo poblacional a la infección, han provocado un menor uso de los servicios de urgencias y podrían ser responsables de la mayor gravedad al diagnóstico. Son necesarios más estudios sobre esta población y los factores de riesgo que han contribuido a agravar esta patología demorando el diagnóstico y aumentando el ingreso en UCIP.

TUMORACIN DE POTT.
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Federico Osorio Casamayor, Lucía Harillo Becerra, Rocío Díaz Cabrera, José Manuel Jiménez Hinojosa y Esmeralda Núñez Cuadros

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas en 3 pacientes con tumor inflamatorio de Pott

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre
Edad (años)	9	7	7
Tiempo de evolución hasta el ingreso (días)	7	4	3
Tumoración frontal	Sí	Sí 	Sí 
Dolor ocular	Sí	Sí	No

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edema palpebral	Sí	Sí 	Sí 
Cefalea	No	Sí	No
Exploración neurológica	Normal	Normal	Normal
PCR al diagnóstico	3,1 mg/L	19,7 mg/L	231 mg/L
Prueba de imagen / Tamaño de la lesión	 1 x 1,2 cm (T x AP)	 1,1 x 2,5 cm (T x AP) 1 x 2,4 (T x AP; Epidural)	 5,5 x 6,2 cm (T x AP)
Duración tratamiento IV	24 días	21 días	11 días
1ª Pauta antibiótica IV	Cefotaxima + Clindamicina	Cefotaxima + Vancomicina + Metronidazol	Cefotaxima + Clindamicina
2ª Pauta antibiótica IV	Linezolid	Linezolid	Amoxicilina/clavulánico
Tiempo total de antibiótico	40 días	21 día	21 días
Tratamiento quirúrgico	Sí	Sí	No

ABUSO SEXUAL INFANTIL EPIDEMIOLOGÍA Y CAMBIOS TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19.

Reina Moreno, Carmen María; Donisanu Peñaranda, Nora Andrea; González Vázquez, Elisa; García León, Sara; Oliva Rodríguez-Pastor, Silvia

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil (ASI) constituye una de las formas de maltrato más encubierta y prevalente.

Durante la pandemia COVID-19 ha variado el tipo de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias, con posible afectación también del maltrato infantil.

OBJETIVO

Describir la epidemiología y los indicadores de riesgo de ASI en pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel así como su relación con la pandemia por COVID-19.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo y comparativo entre años pre y post-COVID que incluye pacientes menores de 14 años que acudieron al servicio de Urgencias de nuestro hospital por sospecha de ASI entre 2014-2021.

Se incluyeron 99 pacientes (77% mujeres). El 96% de los agresores fueron varones, siendo el 30,4% un conocido no emparentado y el 28,3% un progenitor. El 54,5% de los ASI se dieron en familias desestructuradas. El 61% de las ocasiones tuvo lugar una agresión previa por la misma persona, de ellos el 9% había consultado por el mismo motivo con anterioridad. El tipo de agresión más frecuente fue tocamientos sin penetración (62,6%).

El 60,6% presentó indicadores de riesgo de ASI, siendo físicos en el 32% de los casos (irritación genital, dolor abdominal, múltiples consultas por traumatismos) y comportamentales en el 28% (nerviosismo, conductas hipersexuales, enuresis). El 27,3% tuvo seguimiento en Salud Mental y el 2% en consulta de transexualidad.

En los años pre-COVID (2014-2019) la media de pacientes atendidos en Urgencias al año fue de 86.146, con una incidencia de ASI del 0,00016%. Los años post-COVID la media de consultas fue de 64.761, con una incidencia de 0,00010%, no observándose diferencias entre ambos periodos ($p=0,12$). Durante los meses del confinamiento no hubo ninguna consulta por ASI. En relación con la pandemia, no hubo diferencias significativas con respecto a que el agresor fuera de dentro o fuera del ámbito familiar ($p=0,33$) ni en cuanto a tipo de agresión ($p=0,45$), en cambio sí se observó una mayor incidencia de ASI en familias disfuncionales en el periodo pre-COVID ($p=0,003$), no siendo así en los años siguientes a la pandemia.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la incidencia de ASI se ha mantenido estable en el periodo pre y post-pandemia. Sin embargo, llama la atención el aumento de ASI en familias no desestructuradas en el periodo post-pandemia en posible relación con una convivencia más estrecha de la habitual.

DIAGNÓSTICO PRECOZ, EL MEJOR TRATAMIENTO. SÍNDROME DE ALSTRÖM

Elena Villatoro Leiva, Julio Alberto Castañeda Mendieta, Cristina Cabrera Corral, José Luis Cuevas Cervera, María Del Mar Montes Valverde y Elena Rivera Sánchez

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Alström (SA) es un trastorno autosómico recesivo y su frecuencia se ha estimado en cerca de un caso por 100.000 recién nacidos. Está causado por mutaciones específicas en el gen ALMS1, situado en la región 2p13. Las manifestaciones clínicas de este síndrome no suelen presentarse al nacimiento porque van apareciendo en forma evolutiva, lo que favorece el retraso de su diagnóstico. Las características del SA incluyen: nistagmus, fotofobia, ceguera por distrofia retiniana de conos y bastones, sordera neurosensorial, miocardiopatía dilatada, acantosis nigricans, alteraciones funcionales pulmonares, hepáticas, renales y urológicas, obesidad relacionada con hiperinsulinemia, y diabetes tipo II. No suelen tener discapacidad intelectual, aunque por sus dificultades auditivas y visuales los pacientes pueden ser tratados como tal, si no se diagnostica pronto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 3 años y medio que acude a consulta de Neurología Pediátrica para valoración de disminución de la visión y retraso del lenguaje. Se solicitó evaluación oftalmológica, donde se apreció hipopigmentación retiniana. Se amplió estudio, detectándose, además, hipoacusia neurosensorial bilateral en grado moderado, hepatomegalia e insuficiencia mitral leve. Se solicitó exoma dirigido a hipoacusia, hipopigmentación retiniana, retraso psicomotor, hepatomegalia y cardiopatía, con resultado de Variante c.11310_11313delAG. p.Glu3771fs. Frameshift. En HOM. del gen ALMS1, con herencia Autosómica Recesiva y asociado al síndrome de Alström.

Actualmente en seguimiento multidisciplinar, se ha diagnosticado de resistencia insulínica.

DISCUSIÓN

- La baja frecuencia, el carácter evolutivo y la alteración multiorgánica de este síndrome no sólo dificultan el diagnóstico, sino la posibilidad de un manejo terapéutico precoz, lo que da lugar a situaciones muy complicadas para los pacientes y sus familias, teniendo importantes repercusiones en la calidad y esperanza de vida de las personas afectadas.
- La genética es fundamental en el diagnóstico del SA, permitiendo la detección precoz y el conocimiento de las implicaciones pronósticas a largo plazo de este síndrome.
- La afección multiorgánica de estos pacientes, hace necesario un abordaje multidisciplinar, incluyendo la atención también a las familias, proporcionando asesoramiento genético.

CANALIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS TIPO LÍNEA MEDIA/ PICC EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA ¿CUÁLES SON SUS COMPLICACIONES PRINCIPALES?

Esmeralda Núñez Cuadros, Laura Martín Pedraz, Pilar María Abollo López, Carmen María Reina Moreno, Ana Iris Rubio Asensio, María Jesús Fernández Gil

INTRODUCCIÓN

El empleo de catéteres tipo línea media o centrales de inserción periférica (CVLM/PICC) en hospitalización pediátrica es cada vez más frecuente, no siendo una técnica exenta de complicaciones. Por ello, es de gran importancia que su canalización se lleve a cabo por un equipo de enfermería especializado, de forma ecoguiada y con un adecuado mantenimiento que evite dichas complicaciones.

La densidad de incidencia (DI) de complicaciones, según la bibliografía actual, es de 1,1-19,3/1000 días de catéter (ddc), siendo las más frecuentes las de tipo mecánico, con una tasa de incidencia (TI) del 13%, seguidas de las infecciosas (DI: 0,2- 6,4/1000 ddc).

OBJETIVOS

Describir la incidencia de complicaciones asociadas al empleo de CVLM/PICC en niños hospitalizados.

MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo sobre las complicaciones asociadas a la canalización de CVLM/ PICC en niños menores de 14 años ingresados en planta de un hospital pediátrico de tercer nivel durante 2021. Definimos como complicaciones mecánicas: trombosis, extravasación, rotura y oclusión del catéter, y como complicaciones infecciosas: flebitis, bacteriemia y bacteriemia relacionada con catéter (BRC) definida según criterios IDSA 2009.

RESULTADOS

Se recogieron 180 canalizaciones. Las características clínico-epidemiológicas se muestran en la tabla adjunta.

El 25% (n=45) presentó alguna complicación, con una DI de 21,6/1000 ddc.

El 60% (n=27) fueron complicaciones mecánicas, con una TI de 15%, siendo la más frecuente la extravasación 40,74% (n=11), seguida de la oclusión del catéter 22,2% (n=6), trombosis venosa 18,5 % (n=5) y rotura de catéter 18,5% (n=5).

El 40% (n=18) fueron complicaciones infecciosas, con una DI de 8,6/1000 ddc y TI 10%. Un 44% (n=8) fueron flebitis, 55,6% (n=10) bacteriemias, de las que 3 cumplieron criterios de BRC. En todas las BRC el microorganismo aislado fue *Streptococcus epidermidis*.

CONCLUSIÓN

Al igual que en la literatura publicada, las complicaciones mecánicas fueron las más frecuentes en nuestra muestra, sin embargo, la TI de complicaciones global fue superior a lo reportado, lo cual nos obliga a considerar la implementación de nuevas medidas que reduzcan la aparición de éstas.

A pesar de ello, cabe destacar que un 19,4% de nuestra muestra eran pacientes oncohematológicos y un 18,3% precisaron nutrición parenteral a través del CVLM/PICC, siendo ambos factores de riesgo que podrían justificar el mayor número de complicaciones asociadas.

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de la muestra.

CARACTERÍSTICA		GLOBAL
Nº canalizaciones		180
Varón (n/%)		109/60,2%
Edad (media $\pm$ DE)		6,4 $\pm$ 5,1 años
Pacientes con nutrición parenteral (n/%)		33/18,3%
Pacientes oncohematológicos (n/%)		35/19,4%
Procedimiento con sedación (n/%)		121/64,5%
Procedimiento ecoguiado (n/%)		176/97,2%
Vena canalizada (n/%)	Basílica	129/71,3%
	Braquial	24/ 13,3%
	Cefálica	14/7,7%
	Mediana	11/6,1%
Luces (n/%)	Una	159/88,3%
	Dos	21/11,7%
Duración (media $\pm$ DE)		11,7 $\pm$ 12,8 días

CANALIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS TIPO LÍNEA MEDIA/PICC EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. ¿ES SEGURO Y EFECTIVO NUESTRO PROCEDIMIENTO DE SEDOANALGESIA?

Carmen María Reina Moreno, María Jesús Fernández Gil, Ana Iris Rubio Asensio, Pilar María Abollo López, Laura Martín Pedraz y Esmeralda Núñez Cuadros

INTRODUCCIÓN

El uso de sedoanalgesia para reducir la ansiedad y el dolor relacionado con la realización de procedimientos en niños hospitalizados es un objetivo prioritario. Además, su uso facilita la realización

del procedimiento, asociándose esto a una menor tasa de complicaciones.

OBJETIVO

Describir la seguridad, efectividad y grado de satisfacción en la reducción del dolor y ansiedad al emplear sedoanalgesia durante la canalización de catéteres tipo línea media o centrales de inserción periférica (CVLM/PICC) en niños.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo sobre el tipo de procedimiento de sedoanalgesia empleado por pediatras para la canalización de CVLM/PICC y las complicaciones asociadas, en niños menores de 14 años, ingresados en planta de un hospital pediátrico de tercer nivel, en 2021.

Se excluyeron aquellos pacientes con clasificación de riesgo prequirúrgico ASA (American Society of Anesthesiologists) > II.

Se utilizó vía intravenosa en niños no colaboradores y óxido nitroso inhalado (NOi) en niños colaboradores.

Se valoró el grado de dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) y la satisfacción de los representantes de los pacientes puntuando el máximo grado de satisfacción como 10 y una satisfacción nula como 0.

RESULTADOS

Se recogieron 121 procedimientos, el 64,5% (n=78) realizados a varones, con una edad media de 6,7 años ($\pm$ 4,9 años).

En el 62,8% (n=76) se utilizó la combinación de midazolam con ketamina i.v., 24,8% (n=30) NOi, 5,7% (n=7) ketamina i.v., 1,7% (n=2) midazolam i.v. y la combinación midazolam más fentanilo i.v. en 5% (n=6).

El 14% (n=17) presentó algún tipo de complicación, la más frecuente la desaturación, siendo la mayoría leves y autolimitadas. El tipo de complicación y el tratamiento administrado aparecen reflejados en la tabla 1.

La puntuación EVA de médico, paciente y representante legal fue 1,2 ($\pm 1,5$), 1,2 ($\pm 1,6$) y 1,1 ($\pm 1,5$), respectivamente. La media del grado de satisfacción de los representantes legales respecto a la sedación fue 9,7 ($\pm 0,7$).

CONCLUSIONES

En pacientes de bajo riesgo anestésico, la sedoanalgesia para canalización de CVLM/PICC es segu-

ra y eficiente. Los efectos secundarios evidenciados fueron leves y la mayoría de ellos autolimitados, no objetivándose ningún efecto adverso grave.

La satisfacción de los padres obtenida con las técnicas de sedoanalgesia es elevada, consiguiendo el objetivo principal de disminución de dolor y estrés que se pretende.

Tabla 1. Complicaciones de la sedación y medidas terapéuticas empleadas.

Complicación	n/%	Sedoanalgesia	n/%	Medida terapéutica	n/%
Desaturación	10/58,8%	Midazolam + Ketamina	9/52,9%	Oxigenoterapia	8/88,9%
				Cese espontáneo	1/11,1%
		Ketamina	1/5,9%	Oxigenoterapia	1/100%
				Cese espontáneo	0
Agitación	3/17,6%	Midazolam + Ketamina	1/5,9%	Administración de midazolam i.v.	0
				Cese espontáneo	1/100%
		NOi*	2/11,7%	Administración de midazolam i.v.	1/50%
				Cese espontáneo	1/50%
Vómitos	2/11,8%	Midazolam + Ketamina	1/5,9%	Cese espontáneo	2/100%
		NOi	1/5,9%		
Alucinación	1/5,9%	NOi	1/5,9%	Cese espontáneo tras interrupción de NOi	1/100%
Hipertensión arterial	1/5,9%	Ketamina	1/5,9%	Cese espontáneo	1/100%

*NOi: Óxido nitroso inhalado.

OTOMASTOIDITIS AGUDA: CAMBIOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Alba Montero Reina, Rocío Carmona García, Nadín Fernández Vegam Mercedes Rivera Cuello y Esmeralda Núñez Cuadros

INTRODUCCIÓN

La otomastoiditis aguda (OTMa) es la complicación más frecuente de la otitis media aguda (OMA). Estudios publicados en los últimos 10 años habían comunicado un aumento de incidencia en la edad pediátrica, hecho que se ha visto modificado por la pandemia COVID-19.

OBJETIVO

Describir la frecuencia de OTMa, valorando el impacto de la pandemia COVID-19, y los cambios clínico-epidemiológicos de los pacientes ingresados en los últimos años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de OTMa ingresados en un hospital de tercer nivel en el periodo 2016-2022, atendiendo a variables clínicas, epidemiológicas, microbiológicas, así como relacionadas con el tratamiento y las complicaciones.

RESULTADOS

Se revisaron 90 pacientes, 62.2% varones, con mediana de edad de 2 años (6m-13a). Se observa aumento de la frecuencia media anual hasta 2019 (15 casos/año) con reducción drástica posterior (7 casos/año). Figura 1.

Los síntomas más frecuentes fueron: tumefacción retroauricular 86.7%, fiebre 82.2%, despegamiento del pabellón auricular 82.2%, mastodinia 75.6%, otalgia 66.7% y otorrea 41.1%. El 54.4% había presentado OMA previa (duración media síntomas 3.8 días) y el 85.7% habían recibido tratamiento antibiótico (amoxicilina: 57.8%). El 75.6% habían recibido la vacuna antineumocócica conjugada.

Se extrajo hemocultivo en el 43.3% (positivos-16,8%), exudado ótico en 12.2% (positivos-56,3%) y ambos en 23.3%. Los gérmenes aislados en el exudado ótico fueron: *P. aeruginosa* (18.8%), *S. pyogenes* (15.6%), *S. pneumoniae* (9.4%) y *F. necrophorum* (6.3%).

El TC fue la técnica de imagen más usada, tanto aisladamente (28.9%), como asociada a otras pruebas (ecografía-25.5%); no realizándose ninguna en 14.4%.

Los antibióticos iv más usados fueron cefotaxima 52.8% y amoxicilina-clavulánico 41.6%, durante una mediana de 7 días, asociándose corticoterapia en 57.3%.

Se observaron complicaciones en un 54.4%: absceso subperióstico 43.3%, trombosis de senos venosos 15.6%, bacteriemia 5.5%, meningitis 3.3%

y parálisis facial 1.1%. Desde el año 2019, destaca un aumento de trombosis de senos venosos (1.6 casos/año a 2.5 casos/año) así como una disminución de abscesos subperiósticos (6.4 casos/año a 3.5 casos/año).

La intervención quirúrgica más frecuente fue la inserción de drenaje transtimpánico 28.9%, seguida de drenaje de absceso 24.4%. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente sin secuelas.

CONCLUSIÓN

- Se ha observado una franca disminución de la frecuencia de OTMa tras la pandemia COVID-19, posiblemente secundaria a la baja tasa de infecciones virales y por ende de sobreinfecciones bacterianas, con un cambio en el perfil de complicaciones.
- Destaca el escaso aislamiento de *S. pneumoniae*, en probable relación con la introducción de la vacuna en el calendario andaluz en 2016.

VASCULITIS CUTÁNEA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON LEVAMISOL EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO

Elizabeth Haro Oliva, Iván Gutiérrez García, Félix Sánchez Bernaldo, Beatriz Bravo Mancheño, Ana María Ortega Morales y María Amelia Gómez Llorente

INTRODUCCIÓN

El levamisol es un fármaco inmunomodulador que se ha mostrado eficaz como agente de primera línea en el tratamiento del síndrome nefrótico (SN) de recaídas frecuentes y cortico-dependiente, permitiendo el ahorro de corticoides y espaciar las recaídas. La mayoría de efectos adversos descritos para este fármaco son leves, siendo en raras ocasiones graves y en todo caso reversibles tras su retirada. Presentamos dos casos de SN de recaídas frecuentes tratados con levamisol con desarrollo secundario de vasculitis con anticuerpos (Ac) ANCA positivos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de dos niñas caucásicas de 7 y 10 años de edad con diagnóstico de SN con recaídas fre-

cuentas en tratamiento con levamisol durante al menos un año. Ambas, presentan aparición de lesiones purpúricas/equimóticas palpables, no pruriginosas ni dolorosas en miembros superiores e inferiores y pabellones auriculares. La paciente de 7 años asocia además alteraciones hematológicas con neutropenia grave ($180/\text{mm}^3$) e hipoalbuminemia ($2,7\text{gr/dL}$). Los estudios serológicos resultaron negativos, presentando en el primer caso positividad a anticuerpos (Ac) ANA con patrón homogéneo, ANCA tanto anti-mieloperoxidasa (anti-MPO) como anti-proteinasa-3 (anti-PR3) y en el segundo caso Ac ANA, P-ANCA con Anti-MPO y Antielastasa. En ambos casos se retiró Levamisol con desaparición de las lesiones y negativización de los anticuerpos salvo positividad leve a Ac Anti-MPO.

DISCUSIÓN

La vasculitis asociada a Levamisol se ha descrito en pacientes en tratamiento inmunomodulador, sobre todo niños con SN, con una prevalencia de hasta un 3% en algunas series. Histológicamente, se ha descrito la presencia de vasculitis leucocitoclástica, pudiendo encontrarse vasculopatía trombótica sin vasculitis. La manifestación clínica más frecuencia en la infancia es la aparición de lesiones purpúricas con predominio en cara, cuello y característicamente pabellones auriculares, pudiendo también afectar miembros y tronco, así como asociar citopenias a nivel hematológico. Inmunológicamente, se caracteriza por presentar en la mayoría de los casos Ac ANCA de predominio perinuclear, predominando los anti-MPO frente a los anti-PR3. En niños es muy infrecuente la presencia de manifestaciones clínicas de mayor gravedad, resolviéndose de forma favorable tras la retirada del fármaco en un intervalo de 1-44 meses aproximadamente.

A modo de conclusión, la vasculitis cutánea es una complicación rara y generalmente leve en pacientes pediátricos con SN en tratamiento con Levamisol. Es importante conocerla dado la buena respuesta con resolución de la clínica tras su retirada.

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO: EL DOLOR, LA QUINTA CONSTANTE

Rosario Sánchez Domínguez, María Dolores Perez Hoyo, Sandra Compañía Prados, Isabel Arteaga Valverde, Dolores Martínez Castaño y Jose María Avilés Avilés

INTRODUCCIÓN

El DOLOR es el efecto adverso más prevalente durante la hospitalización.

Los neonatos hospitalizados sufren múltiples procedimientos dolorosos.

Estudios epidemiológicos informan que los neonatos ingresados en unidades de cuidados intensivos sufren un promedio de 11 procedimientos dolorosos al día. Las últimas revisiones indican una media entre 7.5 y 17.3 procedimientos por neonato y día (1-4). Estudios canadienses demuestran, que aún con los conocimientos adquiridos, no hay cambios en cuanto al manejo del dolor (5-7).

OBJETIVO

El dolor NO tratado conlleva consecuencias a corto plazo, cambios en la sensibilidad al dolor, prolongando y acentuando la sensación de éste. Consecuencias a largo plazo, como anomalías neuroanatómicas, emocionales y conductuales, y problemas de aprendizaje (8-14).

Es fundamental la formación de los profesionales responsables de los cuidados en la utilización de escalas para medir el dolor en neonatología, "la quinta constante". Y aplicar las medidas necesarias para evitar las consecuencias que produce el dolor en el cerebro "en crecimiento" de nuestros pacientes. Una de las herramientas principales es la incorporación de la familia en los cuidados.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

Hemos iniciado un estudio prospectivo del manejo del dolor en la Unidad tras la implantación del nuevo Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT).

Se ha facilitado al personal las escalas de dolor, y se les está formando en cuándo y cómo usarlas. A

XLVII Reunión científica de la SPAO

identificar procedimientos dolorosos sobre los que intervenir y qué medidas (físicas, farmacológicas y no farmacológicas) emplear (15)

Se realizaron sesiones presenciales durante varias semanas, y virtuales para explicar el nuevo PNT y detallar los cambios más significativos respecto al manejo del dolor.

Hay un póster informativo en la unidad, tablas con las dosis de Leche Materna (LM) o sacarosa y se ha protocolizado el uso de la mucosa yugal.

RESULTADOS

Inicialmente realizamos un análisis retrospectivo sobre los conocimientos y métodos empleados por los profesionales en relación al manejo y valoración del dolor.

Tras la implantación del PNT volveremos a medir estos mismos ítems para comparar y contrastar los resultados y comprobar si podría existir margen de mejora en la calidad de los cuidados respecto al manejo del dolor.

CONCLUSIONES

El tratamiento del dolor debe ser considerado un derecho fundamental del neonato. La participación de la familia durante la hospitalización es muy importante. Supone grandes beneficios para el vínculo afectivo, "separación cero". El equipo debe involucrar a la familia en los cuidados. Paliamos así los efectos del "estrés tóxico", ayudando al correcto "crecimiento del cerebro"

BIBLIOGRAFÍA

1. Stevens, B. J., Harrison, D., Rashotte, J., Yamada, J., Abbott, L. K., Coburn, G., Stinson, J., Le May, S., & : & CIHR Team in Children's Pain (2012). Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *Journal of Pain*, 13(9), 857–865.
2. Roofthoof DWE, Simons SHP, Anand KJS, Tibboel D & van Dijk M (2014). Eight years later, are we still hurting newborn infants? *Neonatology* 105, 218–226.
3. Chen M, Shi X, Chen Y, Cao Z, Cheng R, Xu Y, Liu L, Li X. A prospective study of pain experience in a neonatal intensive care unit of China. *Clinical Journal of Pain*, 2012; 28(8), 700–704.
4. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 2008;300:60–70.
5. Cruz M, Fernandes A, Oliveira C. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *Eur J Pain*. 2016;20(4):489-98.
6. Johnston CC, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R, Filion F. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *Clin J Pain* 2011;27:225–32.
7. Stevens B, Abbott LK, Yamada J, Harrison D, Stinson J, Taddio A, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ* 2011;183:E403–10.
8. Fitzgerald M. The development of nociceptive circuits. *Nat Rev Neurosci*. 2005;6(7):507–20.
9. Taddio, A., Shah, V., Gilbert-MacLeod, C., Katz, J. Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. *The Journal of Medical Association*, 2002;288(7), 857–861.
10. Committee On F, Newborn SOA, Pain M. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016;137(2).
11. Brummelte S, Grunau RE, Chau V, Poskitt KJ, Brant R, Vinall J, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol*. 2012;71(3):385–96.
12. Anderson P, Doyle L. W. Cognitive and educational deficits in children born extremely preterm. *Seminars in Perinatology*, 2008; 32(1), 51–58.
13. Scott M, et al. Neurocognitive Correlates of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Children Born at Extremely Low Gestational Age. *J Dev Behav Pediatr*. 2017 May;38(4):249-259
14. Hohmeister J, Demirakca S, Zohsel K, Flor H, Hermann C. Responses to pain in school-aged children with experience in a neonatal intensive care unit: Cognitive aspects and maternal influences. *European Journal of Pain*, 2009; 13(1), 94–101

REVISIÓN DE LAS DECLARACIONES DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN POBLACIÓN INFANTIL EN TIEMPOS DE COVID 19

Silvia Martínez, Javier Pérez Rojas, Eva Soler Iborte, Yolanda Jiménez Ruiz, Elvira Marín Caba y Margarita Martínez Romero

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) deben notificarse desde cualquier ámbito de la red sanitaria pública y privada. Su cobertura es universal y es obligatorio comunicar esta información, regulada por la Orden de 19 de diciembre de 1996 por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de EDO.

La Organización Mundial de la Salud ha informado más de 200 millones de casos de infección por SARS-CoV-2 y 4 millones de muertes desde la declaración de la pandemia de COVID-19 en marzo 2020

Aunque los niños experimentan predominantemente una infección asintomática o leve, que representa una minoría de hospitalizaciones y muertes, los niños fueron afectados significativamente por la pandemia de COVID-19.

Recientemente a través de la iniciativa IRIS (Vigilancia de Infecciones Respiratorias Invasivas) se ha publicado datos prospectivos de vigilancia de 26 países demostrando que a principios de 2020 también hubo una importante y sostenida reducción de las presentaciones hospitalarias con enfermedades bacterianas invasivas por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* en comparación con 2018 y 2019.

OBJETIVO

Revisión sobre los cambios epidemiológicos de las EDO infantiles durante la pandemia de COVID-19

POBLACIÓN

Población infantil de la provincia de Granada en el periodo comprendido entre Enero de 2017 y Marzo de 2022

MÉTODO

Estudio descriptivo de las declaraciones en menores de 14 años desde durante el periodo comprendido entre 2017-2021 en la provincia de Granada, con una población 231 775 habitantes; una población menor de 20 años 18%. Se revisaron 24272 EDO. Las variables estudiadas fueron el año epidemiológico, edad, el tipo de EDO y si requirió ingreso.

RESULTADOS

En el periodo 2017- a marzo de 2022, se han declarado 24772 declaraciones de EDO en menores 14 años en la provincia de Granada, de estos 308 han requerido ingreso. Existe una variabilidad importante tanto en el número (tabla 1) como en el la enfermedad declarada, con una reducción significativa de meningitis vírica, parotiditis y Tos ferina.

CONCLUSIÓN

Las estrategias de COVID-19 implementación de Intervenciones no farmacológica ha supuesto un cambio en transmisión de otras enfermedades infecciosas de Declaración obligatoria.

Tabla 1. Enfermedades de declaración obligatoria <14 años. Provincia de Granada

	Todas las EDO	Enfermedades emergentes SARS-cov2	Ingresos todas las EDO	Ingresos Covid 19	
2017	117	0	0	0	
2018	211	0	47	0	
2019	262	0	75	0	
2020	5386	5310	62	0	
2021	11736	11694	90	60	
2022 (hasta marzo)	6553	6540	94	72	
		24272			308

MIOTONÍA DESENCADENADA POR EL FRÍO: CUANDO LA GENÉTICA EXPLICA LA CLÍNICA

Julio Alberto Castañeda Mendieta, Cristina Cabrera Corral, Cristina Castillejo Nieto, Elena Rivera Sánchez, Jose Luis Cuevas Cervera y Elena Villatoro Leiva

INTRODUCCIÓN

La paramiotonía congénita de Von Eulenburg se caracteriza por un miotonia provocada por el ejercicio y agravada por el frío. Los síntomas, que afectan a manos y cara preferentemente, se desarrollan desde la primera infancia y pueden asociar debilidad muscular. Se hereda siguiendo un patrón autosómico dominante y la prevalencia global es desconocida. Se trata de una canalopatía causada por mutaciones en el gen que codifica la subunidad α del canal de sodio dependiente de voltaje de la fibra muscular estriada (SCN4A). Los estudios de conducción nerviosa de estos pacientes son normales, pero la electromiografía muestra descargas miotónicas profundas. Para el diagnóstico se requiere la alta sospecha clínica que guíe los estudios genéticos. El tratamiento se realiza con antiarrítmicos como la tocainida y la mexiletina que disminuyen la rigidez muscular y la debilidad inducida por el frío.

Caso clínico: Niño de 8 años, ya estudiado en consulta de Neuropediatría para despistaje de Miotonía de Thomsen presentar fenómenos miotónicos y 7 familiares rama paterna afectados. El estudio del gen CLCN1 no encuentra mutaciones en regiones intrónicas ni exónicas que asocien dicha patología. Acude años después refiriendo continuar presentando fenómenos miotónicos en manos y musculatura facial, estos últimos al lavarse con agua fría. Se solicita exoma dirigido a miotonías congénitas donde se identifica mutación del gen SCN4A, asociada a paramiotonía congénita de Von Eulenburg (OMIM 188300), compatible con la clínica. Posteriormente se identificó también en sus familiares. Actualmente no presenta limitaciones en la vida diaria ni precisa tratamiento, evitando desencadenantes del fenómeno miotónico como el frío y el ejercicio.

CONCLUSIONES

- Los antecedentes familiares son fundamentales en la historia clínica, encontrando en ellos en

muchas ocasiones, el dato clave para orientar las pruebas complementarias.

- Los estudios genéticos en pacientes con antecedentes familiares compatibles con patología hereditaria, permiten no solo establecer un diagnóstico, sino realizar asesoramiento genético a las familias en generaciones sucesivas.
- En pacientes con paramiotonía congénita de Von Eulenburg, evitar el frío y el ejercicio, es fundamental para prevenir los fenómenos miotónicos.

NISTAGMUS EN EL LACTANTE

Dunia Fernández Ouaridi, Juan Antonio Ruiz Moreno y Natalia Cascado García

INTRODUCCIÓN

El nistagmus congénito aparece poco después del nacimiento y es una causa poco frecuente de consulta en pediatría. Puede estar asociado a una gran variedad de patologías oculares y neurológicas, por lo que la orientación diagnóstica inicial puede ser muy compleja. Sin embargo, ciertas características clínicas pueden proporcionar pistas sobre la patogenia subyacente y enfocar la realización de pruebas complementarias en función de la sospecha.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a consulta de Neurología infantil niña de 6 meses por nistagmus horizontal desde el nacimiento. Presentaba desarrollo psicomotor hasta el momento normal, con tono muscular normal y conexión visuoesoal normal. En la exploración destacaba palidez cutánea pero no mucosa, siendo el resto de la exploración rigurosamente normal. Se solicita fondo de ojo que fue normal, así como RMN cerebral normal. Los padres eran ambos sanos, no consanguíneos, y sólo destacaba en la historia la presencia de varios ascendientes en ambas ramas con piel clara y pelo muy rubio.

Ante los datos clínicos y los antecedentes, se solicita estudio genético en el que confirman albinismo oculocutáneo tipo 2 con mutación patogénica

c.1465 A>G (pAsn489Asp) en el gen OCA 2, siendo los padres portadores heterocigotos sanos.

Actualmente tiene tres años, precisa uso de gafas correctoras con las que ha presentado mejoría del nistagmus y tiene un desarrollo psicomotor completamente normal.

DISCUSIÓN

El albinismo es un grupo de trastornos hereditarios de carácter autosómico recesivo que cursan con disminución o ausencia de melanina en los tejidos derivados del ectodermo (sobre todo la piel, el cabello y los ojos), lo que produce una disminución característica en la pigmentación. El albinismo oculocutáneo tipo 2 es el tipo más frecuente, presentando una prevalencia de 1/38.000-1/40.000. La pigmentación de piel y cabello puede ser normal o con poca variación y el nistagmo generalmente mejora con el tiempo. La protección solar es imprescindible para reducir el riesgo de cáncer de piel, así como realizar exámenes dermatológicos con frecuencia.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

Laura Jiménez Blanco, Esperanza Jiménez Nogueira, Patricia Juárez Marruecos, Cristina Domínguez García, Antonio Bonillo Perales y María Teresa Rubí Ruiz

INTRODUCCIÓN

La hernia diafrágica congénita (HDC) es un defecto en formación del diafragma que permite comunicación entre cavidad torácica y abdominal. En el 90% de casos se trata de hernia posterolateral (Bochladeck), y en 10% anterior (Morgagni).

En ocasiones está asociada a otras alteraciones como malrotación intestinal o cromosomopatías.

Su forma de presentación habitual es durante el periodo neonatal en forma de distress respiratorio, pero en ocasiones puede presentarse de forma tardía con sintomatología digestiva o broncoespasmo, siendo necesario incluirla en diagnóstico

diferencial en pacientes con antecedentes personales relacionados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Escolar de 11 años afecto de Síndrome de Down y sibilancias recurrentes con varios ingresos por este motivo.

Consulta por fiebre y dificultad respiratoria de 48 horas de evolución. Se realiza radiografía de tórax evidenciando condensación con derrame pleural en lóbulo inferior izquierdo (LII) y necesidad de oxigenoterapia suplementaria y se decide ingreso para completar estudio.

Recibe tratamiento dirigido y al alta presenta neumonía persistente de LII, por lo que es seguido en consulta de Neumoalergia con persistencia de hi-poventilación de LII y condensación en radiografía y ecografía de control, solicitando TAC de tórax por mal control, a pesar de optimización de tratamiento de base, evidenciando hernia diafrágica congénita anterior (Morgagni izquierda).

Es intervenido por Cirugía pediátrica, reduciendo el defecto mediante laparoscopia, con buena evolución posterior. A los 3 meses reconsulta por dificultad respiratoria y trabajo respiratorio con necesidades de oxigenoterapia, objetivando derrame pleural sin condensación en radiografía, confirmándose en ecografía, con características de trasudado tras toracocentesis. Durante el ingreso dados los antecedentes del paciente se realiza TAC torácico en el que se evidencia reherniación. En la actualidad está pendiente reintervención.

DISCUSIÓN

La hernia diafrágica congénita habitualmente es diagnosticada en periodo pre-perinatal por distress respiratorio, el diagnóstico a los 10-12 años de vida es infrecuente, presentando potencial morbilidad dado el retraso diagnóstico. Además las pruebas diagnósticas de elección: radiografía y ecografía de tórax, son de menor sensibilidad, por lo que en ocasiones pueden precisar TAC.

Por ello es crucial realizar una buena historia clínica, teniendo en cuenta antecedentes personales, viéndose un aumento de incidencia en algunas cromosomopatías, como en nuestro caso, sobre todo si presenta una evolución tórpida de patología de base (broncoespasmo/sibilancias persistentes/asma).

Recomendamos realizar radiografía de tórax en estudio de primer nivel de broncoespasmo/asma. En pacientes con antecedente de hernia diafragmática intervenida es importante ante clínica de dificultad respiratoria realizar pruebas complementarias dirigidas a descartar reherniación.

NEUTROPENIA CONGÉNITA GRAVE EN HIJO DE MADRE CON COVID-19

Dunia Fernández Ouaridi, Sergio Alejandro Ocaña Jaramillo y Natalia Cascado García

INTRODUCCIÓN

La neutropenia congénita grave (recuento de neutrófilos $<500/\mu\text{L}$) es una condición poco común, aunque potencialmente grave, ya que convierte a los pacientes que la padecen en vulnerables a infecciones recurrentes y graves. Entre las causas de la NCG encontramos las genéticas, inmunes y las debidas a infecciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacida a término fruto de una fecundación in vitro por ovodonación. Se trata de un embarazo controlado y sin patología gestacional de interés, salvo que la madre presentó neumonía bilateral moderada por SARS-CoV-2 en el tercer trimestre de gestación, que requirió ingreso hospitalario y tratamiento con corticoides sistémicos y enoxaparina subcutánea. Las serologías maternas a VIH, VHC, VHB y sífilis eran negativas y como único factor de riesgo infeccioso presenta una bolsa rota prolongada de 35 horas.

El parto finaliza por vacuoextracción, requiriendo reanimación con estimulación táctil escasos segundos y presentando puntuación Apgar 7/8/9,

con posterior evolución normal. Se realiza analítica de screening infeccioso en el que se evidencian cifras de leucocitos de $4,240/\mu\text{L}$ y de neutrófilos de $160/\mu\text{L}$, el resto series del hemograma y reactantes de fase aguda fueron normales. Exploración física dentro de la normalidad salvo un peso al nacimiento en percentil 8 (según curvas OMS), con talla y perímetro craneal dentro de la normalidad.

No se conocen los antecedentes personales de la madre donante y en la rama paterna no existe historia de enfermedad hematológica ni otros antecedentes de interés.

Durante su ingreso en nuestra unidad se decide observación clínica sin antibioterapia, monitorizando el recuento de neutrófilos donde persiste neutropenia con cifra mínima alcanzada de $100/\mu\text{L}$ y máxima $1.660/\mu\text{L}$. Se realiza estudio genético mediante secuenciación del panel de neutropenias congénitas y enfermedad granulomatosa crónica que resulta negativo. Se realiza una PCR a SARS-CoV-2 a la paciente a las 24h de vida que es negativa y el estudio de anticuerpos IgM negativa e IgG positiva.

Tras 9 meses de seguimiento, se objetiva persistencia de neutropenia con cifras en torno a $1000/\mu\text{L}$ sin otras alteraciones analíticas y sin presentar procesos infecciosos. No ha precisado tratamiento con factor estimulador de colonias de granulocitos, manteniendo un seguimiento con monitorización clínico-analítica.

DISCUSIÓN

La bibliografía acerca del efecto de la infección por SARS-CoV2 en mujeres embarazadas se ha ido incrementando desde el inicio de la pandemia, describiéndose mayor prevalencia de pretérminos entre otras complicaciones. No obstante, no se han reportado casos de neutropenia en el recién nacido. Si bien es cierto que las infecciones virales están ampliamente descritas como causa de neutropenia congénita y, tras descartar las causas más comunes, el COVID-19 es una posible causa que deberemos sospechar.

ADOLESCENTE CON TORTÍCOLIS. UN DIAGNÓSTICO INUSUAL

Maria Comino Martínez, Maria Del Carmen Melguizo Morales, Jose Carlos Salazar Quero, Inmaculada Rodríguez Quesada, Ismenia Chaustre Blandria Y Juan Alonso Cózar Olmo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Klippel-Feil (SKF) se caracteriza por una mala segmentación de los segmentos cervicales, lo que provoca la fusión congénita de las vértebras cervicales. La clínica clásica consiste en baja implantación del cabello en la nuca, cuello corto y un rango de movimientos limitado aunque se presenta entre 34-74% pacientes. Puede asociarse a otras malformaciones esqueléticas y extraesqueléticas (malformación renal, Arnold Chiari...). El situs inversus totalis (SIT) es un defecto del desarrollo embrionario, poco frecuente, caracterizado por la transposición especular total de las vísceras torácicas y abdominales sobre el eje sagital del cuerpo.

MÉTODO

A continuación presentamos caso de SKF asociado a SIT mediante revisión de datos reflejados en Historia clínica digitalizada.

CASO CLÍNICO

Niña de 12 años, abuelos maternos consanguíneos, embarazo sin incidencias, a término, periodo neonatal normal. Diagnosticada de Sr. Duane (estrabismo congénito restrictivo) a los 3 años. Menarquia a los 11 años. Asma persistente moderada sensibilizada a pólenes. Derivada por tortícolis con imagen radiográfica de fusiones vertebrales. Exploración física: Talla baja (147 cm p2), cuello corto, sin otros rasgos dismórficos, lateralización de cuello a la izquierda con limitación a la rotación. Se realiza RMN y TAC: Bloque vertebral de C2-C3 y C3-C4, hemivértebras de C5 y C7. Defecto fusión atlas. No compromiso medular. Fenotipo compatible con SKF se amplía estudio de otras malformaciones asociadas detectándose situs inversus totalis sin cardiopatía ni alteraciones renales. En la actualidad presenta sintomatología con cervicalgia leve sin déficits neurológicos y sigue revisiones en Neurocirugía, oftalmología y Cardiología. Realizado panel genético sin encontrarse variantes patogénicas

COMENTARIOS

SKF es una causa rara de tortícolis, en nuestro caso la coexistencia con síndrome de Duane retrasó el diagnóstico ya que se consideró compensatoria al cuadro de endotropía. El diagnóstico de SKF con Situs inversus totalis está descrito en la literatura pero es una asociación extremadamente rara ya que solo hay publicados siete casos en el mundo. SKF presenta una genética heterogénea, en nuestra paciente se realizó exoma dirigido no identificándose mutaciones asociadas a dichos síndromes, en los escasos pacientes publicados sólo en 2 ocasiones se ha realizado estudio genético y un fue positivo por lo que se precisa una mayor investigación de cara a poder ofrecer consejo genético a dichos pacientes.

UTILIDAD DEL WASAP PARA DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD ECTOPARASITOS. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SARNA INFANTIL EN RUMANÍA

Silvia Martínez Diz, Javier Pérez Rojas, Eva Soler Iborte y Yolanda Jiménez Ruiz

INTRODUCCIÓN

La sarna o escabiosis es la infestación cutánea por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*. La principal forma de transmisión es por contacto humano cercano, pero se han descrito casos de transmisión indirecta por fómites, como ropa o sábanas, debido a su capacidad de supervivencia durante dos o tres días fuera de la piel humana

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 meses de edad, con embarazo, parto y desarrollo normales, que presenta desde hace dos semanas lesiones cutáneas asociadas a irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.

Como único antecedente sus padres presentan lesiones similares desde hace 3 semanas.

Se recibe una consulta a través de wasap de su tía de origen rumano y residente en España, refiriendo

XLVII Reunión científica de la SPAO

que habían diagnosticado a su sobrino en Bucarest de alergia. Se le indica que envíe una foto y se realiza anamnesis dirigida a través de wasap.

Como antecedente de interés refiere que el padre del niño trabaja como mecánico en el metro de Bucarest, y que hace 2 semanas ayudó a un amigo de una empresa de transportes a realizar una mudanza.

Con la sospecha de escabiosis, se solicita una foto ampliada observándose múltiples lesiones en forma de surco lineal curvado que finaliza en una estructura triangular lados, que se corresponden con el surco acarino labrado al desplazarse el ácaro.

DISCUSIÓN

La escabiosis es una parasitosis cutánea muy contagiosa, por lo que el diagnóstico y tratamiento temprano de los sujetos infestados es esencial para evitar los brotes y su morbilidad asociada diagnóstico suele ser clínico. El reto de este caso consiste el diagnóstico por método no convencional y ser capaz de transmitir cereza a población en el extranjero con la dificultad idiomática adquirida y la utilidad de la aplicación móvil de mensajes para no demorar el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar un correcto diagnóstico tratamiento para evitar la persistencia o la recidiva de la enfermedad, así como la sobreinfección de las lesiones La permetrina tópica al 5% es el más efectivo, recomendándose dos aplicaciones por todo el cuerpo, desde el cuello hasta los pies, separadas por un intervalo de una semana. El tratamiento de elección en neonatos y lactantes, ya que presenta un buen perfil de seguridad gracias su mínima absorción percutánea, con la peculiaridad de que en menores de dos años se recomienda además la aplicación en cuero cabelludo Es fundamental insistir en el tratamiento simultáneo de todos los convivientes, incluidos los asintomáticos, y en el correcto manejo de los fómites.

CONCLUSIÓN

La sarna infantil a veces se presenta con una clínica atípica, pudiendo suponer un reto diagnóstico.

Mas aún es si la consulta es vía wassp y proviene de un país extranjero con dificultad idiomática.

El envío de foto via wasso con la posibilidad de ampliación de la fotografía permitió realizar un diagnóstico rápido y preciso.



REVISIÓN DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL QUILOTÓRAX NEONATAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Celia Baeza Céspedes, Andrea Fenoy Rodríguez, Tamara Pavón López, Ana Isabel Armenteros López, Esther Aguilera Rodríguez y Ana María Gil Fenoy

INTRODUCCIÓN

El quilotórax es la acumulación de linfa en el espacio pleural y es la causa más frecuente de derrame pleural en neonatos. El diagnóstico es confirmado con la presencia de quilomicrones en líquido pleural, a más de triglicéridos $>110\text{ mg/dl}$ y recuento celular superior a 1.000 leucocitos ($70\text{--}80\%$ de linfocitos). Se puede clasificar en quilotórax congénito, traumático y no traumático. Puede causar morbilidad respiratoria significativa, así como conducir a desnutrición e inmunodeficiencia. Por lo tanto, requiere un diagnóstico y tratamiento precoz.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente pretérmino tardío diagnosticada al nacimiento de atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica distal, comunicación interauricular y hemivertebral, intervenida el 2º día de vida. Se extubó de manera programada a los 7 días, iniciando nutrición enteral por sonda nasogástrica. A las 48 horas comienza con distrés, con radiología compatible con derrame pleural. Ante la sospecha clínica de quilotórax se realiza estudio del líquido pleural (lipidograma, celularidad) que confirma el diagnóstico. Tras 48 horas en dieta absoluta, persiste el derrame de similar cuantía por lo que se inicia perfusión de octeótrido a dosis baja junto con monitorización con NIRSSomático. Disminuye en 48 horas el drenaje ($<2\text{ ml/kg/día}$) por lo que se decide iniciar nutrición enteral con fórmula de triglicéridos de cadena media y se suspende octeótrido. Se reproduce el drenaje, por lo que se decide inicio de dieta absoluta y perfusión de octeótrido. Completa 2 semanas en dieta absoluta (nutrición parenteral) y 3 semanas con perfusión de octeótrido a dosis máxima de $6,5\text{ mcg/kg/h}$. Posteriormente la paciente tolera nutrición enteral completa con fórmula de triglicéridos de cadena media, que completa

durante 6 semanas junto con administración intravenosa semanal de ácidos grasos de cadena larga.

Como complicaciones secundarias al quilotórax nuestra paciente presentó hipoproteïnemia, hipogammaglobulinemia, varios cuadros infecciosos (asociado a catéter, gramnegativo) con mejoría progresiva tras inicio de nutrición enteral. No objetivamos efectos secundarios derivados del uso de octeótrido.

DISCUSIÓN

- El quilotórax traumático aparece frecuentemente tras la introducción de nutrición enteral tras una cirugía torácica (cardiovascular, esofágica, mediastínica) con un periodo de latencia 2-10 días.
- Se recomienda un enfoque gradual que comience con las medidas terapéuticas menos invasivas.
- El manejo inicial conservador implica el drenaje del derrame, medidas dietéticas (Nutrición parenteral/Enteral con triglicéridos de cadena media) y farmacológicas para disminuir el flujo del quilo como el octeótrido.
- El fracaso del tratamiento médico, junto con el desarrollo de complicaciones derivadas del quilotórax, es indicación de manejo quirúrgico.

ESTUDIO DE SENSIBILIDAD DE UROPATÓGENOS A ANTIBIÓTICOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Jiménez Blanco, Celia Baeza Céspedes, María del Mar Martín Latorre, Andrea Premoli López, Isabel Álvarez Pérez y Leticia Martínez Campos

INTRODUCCIÓN

La Infección del tracto urinario (ITU) es la infección bacteriana grave más frecuente en lactantes menores con fiebre sin foco en la era de las vacunas conjugadas, lo que implica utilización de antimicrobianos de amplio espectro de forma empírica. De acuerdo con guías y consensos, la antibioterapia empírica debe ser efectiva frente a los uropatógenos más frecuentemente implicados (*E. coli* en ITU de la comunidad) y con una tasa de resistencia menor del 10%, por lo que se deben adecuar las recomendaciones a las tasas de resistencias locales.

OBJETIVOS

PRIMARIO: Describir el perfil de sensibilidad de uropatógenos en pacientes pediátricos ingresados en un Hospital de tercer nivel los últimos dos años y valorar la adecuación de la antibioterapia empírica utilizada según las guías de consenso nacional.

SECUNDARIO: valorar el efecto de la pandemia SARSCOV2 en la sensibilidad a antimicrobianos de los uropatógenos en nuestra área.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de Hospital de tercer nivel entre enero de 2020 y marzo de 2022.

Se incluyeron urocultivos de niños en edad pediátrica (desde un mes de vida hasta 17 años) ingresados con diagnóstico de ITU febril confirmada mediante urocultivo positivo, comprendido como ≥ 10.000 UFC/ml en muestra procedente de sondaje vesical y ≥ 100.000 UFC/ml de muestra recogida de chorro medio con síntomas clínicos compatibles.

Fueron excluidos urocultivos de niños con ITU ambulatoria o realizados en revisión posthospitalización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De un total de 58 urocultivos, se identificó *Escherichia coli* como uropatógeno reponsable en 41 (70,69%), *Klebsiella pneumoniae* en 11 (18,97%) *Proteus mirabilis* en 2 (3,45%), *Pseudomonas* spp. 1 (1,2%), *Enterobacter* spp. 1 (1,2%).

La sensibilidad de *E. coli*, uropatógeno más frecuente, a amoxicilina-clavulánico (AMC): 80,48%; cefotaxima/ceftriaxona (CTX/CRO): 90,24%; gentamicina: 95,12%; La tabla 1 recoge los resultados de sensibilidad global y de *E. coli* comparadas.

Con los datos obtenidos en nuestra muestra, tanto de *E. coli* como globales, en relación con las recomendaciones del consenso nacional, el tratamiento empírico con gentamicina sería el más adecuado, y, como alternativa en caso de no poder utilizar aminoglucósidos, cefalosporinas de tercera generación para ITUVA o como tratamiento oral en caso de no precisar ingreso. AMC no es una buena opción terapéutica empírica. Fosfomicina y nitrofurantoína si bien tienen buen perfil de sensibilidad, no están indicados en ITUVA.

TABLA1: Sensibilidad a antimicrobianos de *E. coli* y sensibilidad global de microorganismos aislados en 58 urocultivos procedentes de niños ingresados con infección urinaria comparadas

Antibiótico	Microorganismo *			
	Muestras testadas / Sensibilidad (%)			
	<i>E. coli</i>		Global	
	n	S (%)	n	S (%)
Ampicilina	41	10 (24,4%)	58	13 (22,41%)
Amoxicilina-clavulánico	41	33 (80,48%)	58	44 (75,86%)
Cefuroxima	41	38 (92,68%)	58	47 (81,03%)
Cefotaxima/Ceftriaxona	41	37 (90,24%)	58	48 (82,75%)
Gentamicina	41	39 (95,12%)	58	54 (93,10%)
Trimetroprima-sulfametoxazol	41	33 (80,48%)	58	46 (79,31%)
Fosfomicina	41	40 (97,56%)	58	53 (91,37%)
Ciprofloxacino	41	33 (80,48%)	58	44 (75,86%)
Nitrofurantoina	41	41 (100%)	58	48 (82,5%)

ENTEROCOLITIS NECROSANTE: UNA ENTIDAD TODAVÍA EN INVESTIGACIÓN

Belén González de Prádena, Ana María Gil Fenoy, Marina de la Vega de Carranza, María Isabel Rodríguez Lucenilla, Francisco Javier Díez Delgado Rubio. Hospital Materno Infantil Torrecárdenas Almería

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrosante (NEC) es una complicación abdominal característica del prematuro, pero probablemente, engloba procesos con fisiopatología distinta: perforación intestinal espontánea (PIE), anomalías congénitas, isquémica, inducida por proteínas alimentarias...

Presentamos una serie de casos que muestran mecanismos etiológicos diferentes.

RESUMEN DEL CASO

Prematuro 29+3EG: al 4º día de vida (ddv) presenta distensión abdominal y empeoramiento cardiorrespiratorio, constatándose neumoperitoneo radiográficamente. Se decide drenaje abdominal y antibioterapia. Ante mala evolución, precisa laparotomía con resección de segmento ileal con Meckel perforado (PIE) y anastomosis con posterior reintervención (resección de estenosis e ileostomía). Posteriormente, adecuada evolución.

Prematuro 27+3EG: al 12º ddv vómitos y abdomen doloroso. Ante neumoperitoneo en radiografía, se decide drenaje y antibioterapia, evolucionando desfavorablemente. Precisa laparotomía en 48 horas confirmándose panecrosis intestinal, realizándose resección amplia (conservando válvula ileocecal+8cm de íleon) e ileostomía. Evolución lenta pero favorable con secuelas de síndrome de intestino corto.

Prematura 33+5EG: alimentada con fórmula de prematuro. A las 24h dv, BEG, distensión abdominal, deposiciones sanguinolentas y vómitos en posos de café. Analítica con eosinófilos 15,4% y parámetros infecciosos negativos. En imagen destaca dilatación intestinal y gas portal. Se indi-

ca dieta absoluta y antibioterapia, normalización clínica en 48 horas. Ante precocidad del cuadro, estado clínico y mejoría con dieta, se plantea diagnóstico FPIES. IgE total y específica leche negativas. Se introduce fórmula elemental, adecuada evolución.

Prematuro 29+6EG, S.Down: En primeras semanas, vómitos y distensión abdominal ocasionales, con dificultad defecatoria. A los 45º ddv, deterioro cardiorrespiratorio, distensión abdominal y deposiciones mucosanguinolentas. Se inicia dieta absoluta y antibioterapia. Ante signos ecográficos de NEC, y patrón sugestivo de obstrucción intestinal, se decide a los 53º ddv laparotomía, hallándose bolo meconial calcificado que se progresa hasta salida rectal. Buena evolución posterior.

Prematura 25+5EG, mala evolución inicial precisando soporte cardiorrespiratorio. El 13º ddv, shock cardiogénico, distensión abdominal y restos gástricos en posos de café. En ecografía abdominal, trombo aórtico 17x1.7mm, con disminución del calibre de aorta abdominal y alteración Doppler en controles posteriores. Se objetivan datos de NEC, indicándose drenaje y antibioterapia, planteándose la utilización off-label de fibrinólisis, desestimada por evolución desfavorable y HIV alto grado, con adecuación de medidas terapéuticas y exitus (19º ddv).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Queremos resaltar la complejidad del diagnóstico y tratamiento precoz de NEC, diagnosticada frecuentemente en fase avanzada por signos de perforación mediante imagen. Clásicamente son utilizados los criterios diagnósticos de Bell, basados en síntomas inespecíficos, sobre todo en estadios iniciales. Aunque el tratamiento inicial es similar, el conocimiento de los mecanismos subyacentes al proceso nos permite un abordaje óptimo.

SEROLOGÍAS MATERNAS POSITIVAS, ¿Y AHORA QUÉ?. A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA

Laura Jiménez Blanco, Andrea Baamonde Andrade, Ana María Gil Fenoy, Marina de la Vega de Carranza, Ana Isabel Armenteros López y Tamara Pavón López

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, cuyo huésped natural es el ser humano. La vía de transmisión en la forma congénita es transplacentaria, causando diseminación hematogénica del patógeno.

Su incidencia, aunque descendió notablemente en los años 90, se ha incrementado en los últimos años, afectando a un millón de mujeres embarazadas en el mundo anualmente, suponiendo 660.000 casos de sífilis congénita y 200.000 exitus en período fetal/neonatal al año.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presentan dos casos de sífilis congénita en el último año en hospital de tercer nivel, que han requerido estudio diagnóstico y tratamiento:

CASO1: Prematuro tardío 36 semanas, con antecedentes de amniorrexia >24 horas y sífilis materna tratada en 2018. En screening gestacional presenta RPR+ con título 1/2 que aumenta hasta 1/64 en controles sucesivos, sin recibir nueva pauta de tratamiento. Al nacimiento, pruebas de evaluación neonatal sin hallazgos significativos salvo hiperbilirrubinemia leve y aumento reactantes de fase aguda, hemocultivo, cultivo y VDRL en LCR negativos. Ecografía cerebral, fondo de ojo, cribado auditivo normales y serología luética donde destacan RPR+ con titulación 1/2 y anticuerpos anti-treponémicos positivos. Completa pauta con Penicilina intravenosa 10 días, con buena evolución clínica y exploración normal actualmente (6 meses de vida).

CASO2: Prematuro 34+3 semanas, serologías maternas IgG+ para *Toxoplasma*, *Parvovirus* y CMV. Screening gestacional en 2º trimestre RPR+ débil sin titulación, anticuerpos reagénicos sífilíticos posi-

tivos y tratamiento materno incorrecto (incompleto). Al nacimiento, precisa intervención por atresia esofágica, asintomática clínicamente con analítica completa normal, cultivos y VDRL en LCR negativos. Estudio con ecografía transfontanelar, fondo de ojo normales y serología luética anti-treponémica positiva y RPR negativos. Recibe tratamiento con Penicilina durante 10 días, continúa ingresada por otras morbilidades (2 meses de vida).

DISCUSIÓN

La sífilis congénita es una enfermedad cuya incidencia esperable en nuestro medio, con algo menos de 3000 partos anuales es de 1 caso/año. Si bien al nacimiento suelen encontrarse asintomáticos, aquellos que no reciben tratamiento pueden desarrollar síntomas en los 2 primeros años de vida. Entraña un gran reto para el pediatra la interpretación de datos clínicos, analíticos y serológicos maternos así como la estratificación del riesgo de sífilis congénita en función del estado clínico y serológico neonatal, permitiendo un abordaje terapéutico óptimo y potencialmente curativo. En los casos presentados, se consideró sífilis congénita posible, con la pertinente evaluación diagnóstico-terapéutica del neonato.

Cabe destacar la importancia del seguimiento, clínico y serológico, por la posibilidad de morbilidades a largo plazo (auditivas, oftalmológicas, neurológicas...)

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: NUESTRA EXPERIENCIA

Cristina Cabrera Corral, Luz María Martínez Pardo, Laura Morales Ojeda, María del Mar Montes Valverde, Elena Villatoro Leiva y Gloria Viedma Chamorro

INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente en Pediatría y causa importante de morbilidad. Engloba todas las artritis de causa desconocida de al menos 6 semanas de duración en menores de 16 años. Los criterios de ILAR 2001 definen varios subtipos con criterios de clasificación bien definidos. La AIJ oligoarticular es la más frecuente y la que mejor pronóstico tiene. El

comienzo suele ser insidioso presentando cojera con rigidez matutina y discreta inflamación articular. Su diagnóstico es clínico y de exclusión descartando otras causas de artritis. La principal base del tratamiento es el metotrexato que se considera fármaco modificador de la enfermedad (FAME) y fármacos biológicos que han supuesto una gran mejoría.

OBJETIVO

Revisar las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de AIJ y que son seguidos en la consulta de Reumatología Infantil de nuestro Hospital, describimos las formas clínicas predominantes de pre-

sentación, la edad de debut, complicaciones asociadas, tratamiento administrado y recurrencias.

RESULTADOS

Hemos encontrado 24 pacientes afectados, un 55% varones y un 45% mujeres, con una edad media al debut de 5 años. La forma más frecuente es la oligoarticular, la articulación más afectada la rodilla (85%) y el tratamiento más usado metotrexato (60% vía oral, 40% subcutáneo) sin necesidad de fármacos biológicos. A continuación exponemos la información más relevante:

Categoría clínica	Nº de pacientes	Articulaciones afectadas	Tratamiento	Uveítis	Casos en remisión	Recaídas
Oligoarticular ANA +/-	15/4	Rodilla, cadera, tobillo, codo y muñeca	CTC en brotes (15%), metotrexato (63%), metotrexato y adalimumab (22%)	2	6	6
Poliarticular FR -	3	Rodilla, codo, cadera, muñeca, carpos, IFP y MCF	Metotrexato (67%), metotrexato y otros fármacos biológicos (33%)	0	1	0
Sistémica	1	Rodilla	CTC en brotes y anakinra	0	1	0
Psoriásica	1	Rodilla	Metotrexato	0	0	0

COMENTARIOS

- La AIJ es la patología reumática más frecuente en Pediatría siendo la forma oligoarticular la presentación más prevalente en nuestra serie.
- El tratamiento de la AIJ debe de ser individualizado teniendo en cuenta la edad del diagnóstico, subtipo, afectación articular y evolución clínica. Cada vez es más frecuente el uso precoz de fármacos que controlan la enfermedad para evitar complicaciones a largo plazo.

- Los FAME son el pilar fundamental para remisión de la enfermedad y los fármacos biológicos han supuesto un gran cambio en el pronóstico de la AIJ.
- El control oftalmológico es fundamental para diagnóstico de posibles uveítis que puedan pasar inadvertidas al ser una complicación frecuente.

OTOMASTOIDITIS AGUDA EN MENORES VS MAYORES DE 5 AÑOS SE COMPORTAN DE FORMA DIFERENTE

Rocío Carmona García, Alba Montero Reina, Nadin Fernández Vega, Mercedes Rivera Cuello, Esmeralda Nuñez Cuadros

Tabla 1. Características diferenciales entre ambos grupos de estudio

	Grupo 1 Menores de 5 años n=72	Grupo 2 Mayores de 5 años n=18	p-valor
Edad: media (mediana)	2 (2)	9,16 (9)	0,000
Varón (n, %)	45 (62.5%)	11 (61.1%)	
Síntomas (n, %)			
– Fiebre	62 (86%)	10 (55.5%)	0,054
– Despegamiento pabellón	61 (84.7%)	13 (72.2%)	0,215
– Otalgia	46 (63.8%)	14 (77.7%)	0,264
Diagnóstico OMA previo (n, %)	36 (50%)	13 (72.2%)	0,09
Duración OMA previa a OTM (n, %)			0,029
≤7 días	32 (44.4%)	8 (44.4%)	
>7 días	4 (5.5%)	5 (27.7%)	
Exudado ótico (n, %)			0,038
– <i>S. pyogenes</i>	4 (5.5%)	1 (5.5%)	
– <i>P. aeuroginosas</i>	1 (1.3%)	5 (27.7%)	
– <i>S. pneumoniae</i>	2 (2.7%)	1 (5.5%)	
Prueba de imagen (n, %)			0,405
– Ninguna	11 (15,2%)	1 (5.5%)	
– Ecografía	14 (19.4%)	2 (11.1%)	
– Ecografía + TC	20 (27.7%)	3 (16.6%)	
– TC	18 (25%)	8 (44.4%)	
– Ecografía+TC+RM	1 (1.3%)	1 (5.5%)	
– TC+RM	7 (29.1%)	3 (16.6%)	
Antibioterapia utilizada (n, %)			0,623
– Cefotaxima	39 (54.1%)	8 (44.4%)	
– Amoxicilina-clavulánico	29 (40.2%)	8 (44.4%)	
– Ceftadizima	2 (2.7%)	1 (5.5%)	
Duración tratamiento intravenoso (Mediana días, rango)	7(1-45)	5(1-27)	0.40
Intervención quirúrgica (n, %)			
– Drenaje transtimpánico	22 (30.5%)	4 (22.2%)	0,485
– Drenaje absceso	19 (26.3%)	3 (16.6%)	0,391
– Miringotomía	14 (19.4%)	2 (11.1%)	0,408
– Mastoidectomía	16 (22.2%)	4 (22.2%)	1
Complicaciones (n, %)			
– Absceso subperióstico	41 (56.9%)	8 (44.4%)	0,341
– Bacteriemia	36 (50%)	3 (16.5%)	0,011
– Trombosis de senos venosos	4 (5.5%)	1 (5.5%)	0,392
– Neurológicas	13 (18%)	1 (5.5%)	0,191
	8 (11.1%)	4 (22.2%)	0,215

XLVII

Reunión científica de la

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

GRANADA

11 • 12 marzo 2022



<https://www.spao.es/publicaciones/boletin-spao>