

Comunicaciones Orales

VIERNES 27 DE ABRIL DE 2018
SALÓN CONVENCION

Moderadores: Cristina Álvarez, Laura Bertholt

CO-01. ALTERACIONES NUTRICIONALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS. María Nazaret Sánchez Sierra, José Luis Moreno Carrasco, Raquel Herráiz Cristóbal, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, Hermenegildo González García. *Servicio de Oncohematología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Evaluar el estado nutricional de niños con cáncer antes, durante y después del tratamiento. Describir los síntomas más frecuentes y los métodos nutricionales empleados.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, sobre una serie de casos de pacientes oncológicos pediátricos tratados en nuestro servicio desde 2006 hasta 2016. Variables clínicas y antropométricas al diagnóstico, tras la quimioterapia intensiva y durante el seguimiento. Comparación de tumores hematológicos en los que se usa corticoterapia y tumores sólidos, donde no se usa.

Resultados. La muestra del estudio fueron 22 pacientes (13 tumores hematológicos y 9 tumores sólidos). Dentro de los tumores hematológicos, los valores (mediana y cuartiles) de puntuaciones Z de peso, al diagnóstico: -0,35 (0,40; 0,19); ascendieron tras quimioterapia: 0,47 (0,19; 1,65) y descenso en el seguimiento: 0,35 (0,00; 0,36) ($p < 0,001$). Del mismo modo la puntuación Z del IMC al diagnóstico: -0,33 (-0,57; -0,02), ascenso tras quimioterapia: 1,60 (0,39; 1,94) y descenso en la evolución: 0,03 (-0,1; 0,41) ($p < 0,001$). La puntuación

Z de talla presentó un deterioro desde el diagnóstico: 0,21 (-0,35; 0,42) hasta pasada la quimioterapia: 0,005 (-0,42; 0,35) con recuperación parcial durante el seguimiento: 0,02 (-0,64; 0,37); afectando por igual a ambos grupos de tumores. Los síntomas más frecuentes, y de mayor preocupación materna, fueron los vómitos (63,3%), anorexia (63,3%) y náuseas (49%). Doce niños (54,5%) presentaron dificultades en la alimentación durante el tratamiento realizándose suplementación oral. En 4 casos (18,2%), todos ellos tumores sólidos, se colocó sonda nasogástrica.

Conclusiones. La corticoterapia asociada al tratamiento de tumores hematológicos condiciona un incremento significativo de peso e IMC tras la quimioterapia, que tiende a regresar en la evolución. El tratamiento oncológico produce un enlentecimiento temporal del crecimiento. La intervención nutricional es muy frecuente e importante durante el tratamiento.

CO-02. DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN FASE PRECLÍNICA EN NIÑA CON ANTECEDENTE PERSONAL DE SORDERA DE CAUSA GENÉTICA. Pablo Alonso Rubio, Cristina Julia Blázquez Gómez, Alba Megido Armada, Belén Huidobro Fernández, Aida Fidalgo Alonso, Isolina Riaño Galán. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. En población europea la causa más frecuente de sordera genética no sindrómica de transmisión autosómica recesiva es debida a la mutación c.35delG del gen conexina-26 (GJB2). No está descrita mayor incidencia de diabetes en pacientes con esta mutación.

Caso clínico. Niña de 9 años que es derivada por su pediatra por sospecha de infección urinaria con mala respuesta a cefixima oral.

Antecedentes familiares. Padre: hipoacusia leve. Madre: sana.

Antecedentes personales. Gestación a término. Parto vaginal eutócico. NAMC. No intervenciones quirúrgicas. Fallo OEA y PEATC. Segundos PEATC: normales. Período neonatal normal. Desarrollo psicomotor y lenguaje adecuados.

Remitida a los 5 años a la unidad de hipoacusia. Audiometría: Hipoacusia bilateral moderada. No portadora de prótesis auditiva. Estudio genético: mutaciones c.101T>C, p(M34T) y c.35delG en gen *GJB2*.

Exploración física. 9 años y 1 mes. Peso: 37,5 kg (p73, 0,64 DE). Talla: 147,6 cm (p98, 2,12 DE).

Pruebas complementarias. Bioquímica: glucosa: 159 mg/dl. Sistemático y sedimento: leucocituria. Urinocultivo: *Escherichia coli*: > 10.000 UFC/mm³. Ecografía abdominal: pielonefritis focal unilateral. Genética tipaje HLA-DR4 Y HLA-DR8 positivos. Estudio hormonal: HbA1C: 6,1%. Autoinmunidad DM positiva.

Evolución. Antibioterapia intravenosa con buena evolución y normalización ecográfica.

Glucemias alteradas (máxima 402 mg/dl), cetonemia negativa. No sintomatología cardinal. Buen control de glucemias con AAR e insulina basal.

Situación actual: glucohemoglobina-1AC: 7,5%. Péptido C: 0,04 ng/ml. Necesidades de insulina: 0,2 UI/kg/día.

Comentario. La presencia de sordera y diabetes en un paciente pediátrico puede deberse a causas no relacionadas.

CO-03. HALLAZGO DE QUISTE DE BOLSA DE RATHKE EN NIÑO CON TALLA BAJA. ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD? Alba Megido Armada, Pablo Alonso Rubio, Virginia A. Oreña Ansorena, Cristina Julia Blázquez Gómez, Sara Gutiérrez Alonso, Isolina Riaño Galán, Belén Huidobro Fernández. *AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los quistes de la bolsa de Rathke (QBR) son hallazgos benignos poco frecuentes en la edad pediátrica y raramente sintomáticos.

Caso clínico. Varón de 8 años derivado desde Atención Primaria por talla baja (TB). Antecedentes familiares: naturales de Ecuador, con TB familiar (talla madre y padre: 142 cm (-3,7 DE) y 157 cm (-3,2 DE) respectivamente), pubertad normal, resto sin interés. Antecedentes personales: gestación controlada y a término; somatometría al nacimiento: peso: 2,735 kg (-1,4 DE), longitud: 48 cm (-1,2 DE), cribado metabolopatías

y desarrollo psicomotor normales; no enfermedades crónicas. Exploración física anodina con peso e IMC en rangos normales, talla: 116,2 cm (-2,6 DE), talla diana: 156±5 cm (-3,3 DE), velocidad de crecimiento: 4,3 cm/año (-1,3 DE), proporciones corporales armónicas, prepuberal con testes en bolsas. Edad ósea: 5-6 años. Se realiza hemograma y bioquímica completa, función tiroidea, hormonas sexuales, IGF-I e IGFBP3 (con resultados dentro de la normalidad), test de estímulo de GH (con clonidina: pico GH de 5,4 ng/ml; con glucagón: 9,0 ng/ml). En la resonancia magnética cerebral se objetiva lesión en hipófisis de 5x5x11 mm compatible con QBR.

Comentario. La mayor resolución de las técnicas de imagen implica una mayor frecuencia de hallazgos inesperados ("incidentalomas"), planteando dificultades en la interpretación de resultados, requiriendo seguimientos más estrechos y pudiendo ocasionar un sobrediagnóstico. Nuestro paciente finalmente fue diagnosticado de TB familiar y retraso constitucional del crecimiento.

CO-04. HEPATOMEGALIA POR DEPÓSITO DE GLUCÓGENO SECUNDARIA A MAL CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 1. Pablo Alonso Rubio, Alba Megido Armada, Cristina Julia Blázquez Gómez, Isolina Riaño Galán, Diana Katherine Segura Ramírez, Belén Huidobro Fernández. *AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La sospecha inicial ante hepatomegalia en un paciente diabético suele ser esteatosis hepática, etiología autoinmune o viral. Presentamos el caso clínico de un paciente DM1 mal controlado con hepatomegalia de causa poco frecuente.

Caso clínico. Varón de 14 años, DM1 en seguimiento en consultas de diabetes infantil (debut hace 6 años). Necesidades de insulina 1,66 UI/kg/día (basal + AAR). Mala adherencia al tratamiento. Múltiples hiperglucemias diarias. No exceso de peso. Cifras de tensión arterial elevadas de manera repetida. Se deriva a Nefrología Infantil para valoración HTA, confirmándose la misma tras colocación MAPA. Se inicia tratamiento con enalapril 5 mg. Solicitada ecografía dentro del estudio etiológico de HTA, en la que se detecta marcada hepatomegalia homogénea con ecogenicidad normal, sin lesiones focales.

Antecedentes familiares. Abuelo materno DM2.

Antecedentes personales. Debut DM1 sin cetoacidosis a los 8 años.

Pruebas complementarias.

Bioquímica: AST: 79 U/L, ALT: 49 U/L, no colestasis, función hepática normal. Hipertrigliceridemia. Colesterol,

metabolismo cobre y alfa-1-antitripsina: normales. *Hemograma, coagulación, complemento y orina*: normales. *Anticuerpos hepatitis autoinmune*: negativos. *Serología hepatomegalia*: negativa.

Evolución. Mal control glucémico (HbA1c: 9,2%) con empeoramiento analítico (AST:115 U/L y ALT:158 U/L). Ingresa hospitalariamente para ajustar insulino terapia y reforzar la educación diabetológica. Se consigue normalizar transaminasas y reducir la hepatomegalia.

Comentario. Debe sospecharse glucogenosis hepática ante un paciente DM1 mal controlado, con hepatomegalia y elevación de transaminasas, en el que tras optimizar insulino terapia y descartarse origen autoinmune y viral, se objetiva mejoría clínica y analítica. Dada la evolución favorable se pudo evitar la biopsia hepática.

CO-05. REVISIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE NOONAN CON CONFIRMACIÓN GENÉTICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Paula Gacimartín Valle, Pilar Bahillo Curieses, Amelia Pérez España, Alejandra Melero González, Sara Rellán Rodríguez, María José Martínez Sopena. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos. El síndrome de Noonan (SN) tiene una incidencia de 1/1.000-2.500 recién nacidos. Se caracteriza por la asociación de talla baja, dismorfias faciales, cardiopatía y criptorquidia en varones. **Nuestro objetivo** es describir las características epidemiológicas, clínicas y genéticas de una serie de 8 pacientes con SN confirmado genéticamente.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas desde 2009 hasta la actualidad, analizando datos epidemiológicos, clínicos y genéticos.

Resultados. La edad media al diagnóstico fue de 8,9 años (rango 9 meses-14,5 años). El 87,5% son varones (n = 7), presentando criptorquidia un 71,4% de ellos (n = 5). El 62,5% (n = 5) asocia patología cardíaca (80%, n = 4: estenosis pulmonar de distinta gravedad; 20%, n = 1: CIA), no presentando el resto cardiopatía. Un 87,5% (n = 7) presentó hipocrecimiento (talla media actual en -1,95 DS). El 57,1% (n = 4) asoció retraso madurativo óseo (media de -1,6 años respecto a edad cronológica). Todos presentan fenotipo característico, asociando el 37,5% (n = 3) pectus excavatum y el 25% (n = 2) cúbitus valgus. Constatamos patología tiroidea en un 25% (n = 2; hipertiroidismo transitorio e hipotiroidismo primario autoinmune). El 62,5% (n = 5) presentaron alteraciones en gen *PTPN11*, un 12,5% (n = 1) en *MAPK1*, un 12,5% (n = 1) en *SOS1* y un 12,5% (n = 1) en *LZTR1*.

Conclusiones. Comparando nuestra serie de pacientes con SN con los datos descritos en la literatura científica encontramos varias similitudes: el hipocrecimiento es el síntoma más prevalente, la incidencia de cardiopatía es similar (coincidiendo en la estenosis pulmonar como cardiopatía más frecuente) y el hallazgo genético más prevalente es una alteración en el gen *PTPN11*.

CO-06. ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. ¿ES HORA DE PRESCINDIR DE LOS MACRÓLIDOS? Marta Andrés de Álvaro, Leticia González Martín, Ana Librán Peña, Fernando Centeno Malfaz. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Es habitual el tratamiento empírico hospitalario de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pediatría con betalactámicos asociándose macrólidos. Algunos estudios cuestionan la utilidad de esta asociación frente a monoterapia con betalactámico. Nuestro objetivo es comparar la efectividad de la monoterapia frente a biterapia.

Material y métodos. Es un estudio retrospectivo observacional de cohortes, incluyéndose pacientes ingresados por NAC entre 1/1/2013 y 31/12/2017 en nuestro Servicio de Pediatría. Se dividió la muestra en dos cohortes, cohorte "monoterapia" (tratados únicamente con betalactámicos) y cohorte "biterapia" (tratados con betalactámico y macrólido). La variable resultado fue la estancia hospitalaria.

Resultados. Se analizaron 156 pacientes. 11 pacientes no recibieron antibioterapia por sospecha de etiología vírica y 12 recibieron 3 o más antibióticos o combinación betalactámico con vancomicina/clindamicina, excluyéndose del análisis. La cohorte "monoterapia" incluyó 56 pacientes y la "biterapia", 43. La edad mediana fue 24 meses. Ambas cohortes presentaban una tasa de vacunación antineumocócica similar (90%). La cohorte "monoterapia" presentó cifras de leucocitos, neutrófilos y PCR más altas que la cohorte "biterapia", sin significación estadística. La estancia media en la cohorte "monoterapia" fue de 4,70 días mientras que en la cohorte "biterapia" fue de 5,62, sin significación estadística (p = 0,08). El uso de ventilación no invasiva fue menor en "monoterapia" (28,5 vs 38%), sin significación estadística. Se observó mayor incidencia de derrames en la cohorte "biterapia" (19 vs 5%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,016).

Conclusiones. El uso de biterapia empírica con macrólidos no parece necesario, al no disminuir la estancia hospitalaria y observarse mayor incidencia de derrames.

CO-07. IMPACTO DE LA GRIPE EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID ENTRE NOVIEMBRE DE 2017 Y MARZO DE 2018. Margarita Castro Rey, María Nazaret Sánchez Sierra, Laura Fraile García, Jorge Carranza Ferrer, Patricia Justo Vaquero, Elsa Izquierdo Herrero, Francisco Joaquín Villagoz Hidalgo, Elena Ortega Vicente. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los casos confirmados de gripe atendidos en nuestro Servicio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes menores de 14 años con diagnóstico microbiológico de gripe atendidos entre noviembre de 2017 y febrero de 2018. La confirmación de caso fue establecida mediante técnicas de detección molecular en secreciones de vía aérea superior, solicitada bajo criterio clínico del examinador.

Resultados. Incluimos 124 pacientes, 66 varones (53%) y 58 mujeres (47%). La mediana de edad fue **47 meses (1-159)**. Los tres pacientes menores de 3 meses consultaron por fiebre sin focalidad. En la mayoría (71%) la muestra se solicitó en la primera visita. Los resultados se informaron telefónicamente en un plazo máximo de 48 horas, a pesar de lo cual se generaron un 25% de reconsultas. En 62 pacientes (50%) se aisló gripe B; gripe A en 52 (43%) y en 10 pacientes (7%) ambas. Se solicitaron pruebas complementarias en 50 pacientes (40%): radiografías de tórax (20%) y analítica sanguínea (20%). Solo tres, pertenecientes a grupos de riesgo, fueron vacunados en la campaña 2017-2018. Recibieron antibioterapia 30 niños (24%) y se hospitalizaron 8 (6%), todos menores a 2 años. Presentaron complicaciones el 23%, por frecuencia: otitis (10%), neumonías (6%), crisis convulsivas y miositis (2%).

Conclusiones. Es importante conocer las indicaciones y grupos de riesgo donde llevar a cabo una profilaxis activa a fin de minimizar el impacto socioeconómico de la enfermedad. Implantar técnicas de diagnóstico *Point of Care* puede constituir una estrategia para disminuir el consumo de recursos sanitarios, hospitalización, pruebas complementarias y uso de antibióticos.

CO-08. LAVADO BRONCOALVEOLAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL. María Pérez Rodríguez, Ruth Ibáñez Llorente, Elena Arteta Sáenz, Mónica Aguerrevere Machado, José Manuel Merino Arribas, Fernando Gómez Sáez, Esteban Gómez Sánchez, Isabel del Blanco Gómez. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Evaluar la casuística de los casos a los que se realiza lavado broncoalveolar (LBA) según nuestra experiencia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a LBA entre enero 2015 y diciembre 2017. Variables recogidas: sexo, edad, comorbilidad previa, motivo de realización de la prueba, resultados microbiológicos obtenidos, sedoanalgesia utilizada y soporte respiratorio requerido.

Resultados. Se realizaron 9 LBA. El 55% fueron varones. La mediana de edad fue 3 años [rango intercuartílico (IQR:6,7)]. 7 pacientes eran previamente sanos, 1 síndrome de Dravet y 1 diagnóstico de agammaglobulinemia ligado a X. 6 de los casos se encontraban hospitalizados, 4 de ellos soporte con CPAP, 1 con BIPAP y 1 con gafas nasales alto flujo. En el 55,5% el motivo de realización de la prueba fue neumonía recurrente seguido en un 22,2% por atelectasias. Se observó infección por *H. influenzae* en 1 paciente y colonización en 2. Crecimiento significativo de *C. albicans* en un caso y de *M. catarrhalis* en otro. Las dosis farmacológicas utilizadas fueron: mediana dosis total de propofol 4 mg/kg (IQR:2,15), mediana dosis total fentanilo 2 µg/kg (IQR: 2). En todos se administró lidocaína tópica. La mediana del tiempo de sedación total fue 9 minutos (IQR: 3,5). Durante el procedimiento precisaron BIPAP el 44,4% de los casos, CPAP el 33,3% de ellos y 22,2% oxigenoterapia. Se completó el procedimiento en el 100% de los casos.

Conclusiones. En concordancia con la literatura la indicación fundamental del procedimiento fue neumonía recurrente seguida de atelectasia. La mayor parte precisó ventilación no invasiva.

CO-09. REVISIÓN SOBRE ESPONDILODISCITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. Andrea Gómez Arce, María Jesús Caldeiro Díaz, Rocío Cuesta González, María Justel Rodríguez, Daniel Pérez González, María Ansó Mota, Carolina Santos Lorente, Ana Cristina Peñalba Citores. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La espondilodiscitis es la inflamación del disco intervertebral y los cuerpos vertebrales. En niños afecta mayoritariamente a menores de 3 años, siendo más frecuentemente lumbar y el *S. aureus* el principal agente causal. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, radiológicos (de elección la RMN) y microbiológicos. El tratamiento más aceptado es la antibioterapia; inicialmente endovenosa y luego oral, además de AINES y reposo, recurriendo a cirugía solo en caso de complicaciones.

Revisamos esta patología en los últimos 10 años en un hospital terciario, encontrando 14 casos de espondilodiscitis. En nuestra serie 65% son varones, de 2,3 años de media y localización lumbar en el 86%. La mayoría con clínica inespecífica al comienzo, lo que conlleva un retraso diagnóstico de 19 días de media. Estaban afebriles al diagnóstico el 86%. En las pruebas complementarias: se objetiva aumento de PCR, VSG y leucocitosis en el 65, 86 y 50%, respectivamente. La radiografía fue patológica al inicio en el 61,5% y se realizó RMN en todos los casos excepto en uno en el que se realizó gammagrafía. Como tratamiento se administró antibioterapia secuencial sin necesidad de cirugía en ninguno de ellos. En el seguimiento se hallaron como complicaciones abscesos en el 21,5% y neutropenia en el 14%. Aunque ninguno tuvo secuelas a largo plazo clínicamente, si tuvieron secuelas radiológicas el 78,5%.

Conclusiones. La presentación de la espondilodiscitis es inespecífica lo que retrasa su diagnóstico. Todos respondieron a antibioterapia sin necesidad de cirugía. Las complicaciones a largo plazo no se presentaron en nuestra serie.

CO-10. USO DEL ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO TÍPICO. Mónica Pastora Aguerrevere Machado, María Pérez Rodríguez, Elena María Bernues, Elena Arteta Saenz, Álvaro Mateos Benito, Fernando Ferragut, Maite Cuervas-Mons, Gregorio De la Mata. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

El síndrome hemolítico urémico (SHU), es la presentación simultánea de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y fallo renal agudo (IRA). El 90% de los casos se debe a una infección por *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC) u otros gérmenes productores de la verotoxina adquirida por alimentos contaminados, originando el SHU típico (SHU-STEC).

La fisiopatología clásica se debe al efecto directo de la STEC sobre el endotelio desencadenando eventos celulares y vasculares que originan una microangiopatía trombótica sistémica; sin embargo, nuevas hipótesis sugieren la sobreactivación de la vía alternativa del complemento mediante la unión de la STEC a factores reguladores de su activación, lo cual justificaría usar un anticuerpo monoclonal (eculizumab) bloqueador de la activación del C5 en casos de SHU-STEC con especial gravedad.

A continuación, presentamos el caso de una lactante de 15 meses que presenta en las últimas doce horas, tres crisis comiciales tónico-clónicas, datos de IRA con hematuria y proteinuria. Seguido a las pocas horas de anemia hemolíti-

ca microangiopática, trombopenia y aumento de la tensión arterial. Se detecta toxina Shiga 1 y 2. Se inicia tratamiento anticomercial con mal control. En las primeras 24 horas se administra eculizumab, sin repetir crisis. Resolución de la IRA las siguientes semanas.

Aunque la mayoría de los SHU-STEC tienen buen pronóstico con mortalidad menor al 5%, la afectación neurológica lo empeora. En nuestro caso, aunque no podemos demostrar que la resolución de los síntomas se haya debido al uso del eculizumab, cada vez más estudios se enfocan en demostrar su beneficio.

CO-11. VACUNACIÓN SISTEMÁTICA ANTINEUMOCÓCICA: IMPACTO SOBRE LA MORBILIDAD E INGRESOS OCASIONADOS POR NEUMONÍA. Marta Andrés de Álvaro, Leticia González Martín, Ana Librán Peña, Fernando Centeno Malfaz. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. La vacunación antineumocócica 13valente comenzó a administrarse en nuestra comunidad autónoma de forma sistemática y financiada en 2015. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la vacunación universal sobre la incidencia de ingresos por neumonía y el desarrollo de derrame paraneumónico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de cohortes, incluyéndose pacientes ingresados entre el 1/1/2013 y 31/12/2017 con diagnóstico al alta de neumonía (CIE-9 486). Se recuperaron los datos de la historia clínica electrónica. Se dividió la muestra en dos cohortes: "Pre" (1/1/2013 - 31/12/2014) y "Post" (1/1/2015 - 31/12/2017). La variable resultado fue la presencia de derrame paraneumónico en el paciente ingresado con neumonía.

Resultados. Se analizaron 156 pacientes. No se pudieron recuperar datos de 34 pacientes (26 "Pre" y 8 "Post".) La cohorte "Pre" se compuso de 48 pacientes, y la "Post" de 74. La edad mediana fue 24 meses y el sexo femenino fue más frecuente (55%). Se recogieron 20 derrames, precisando drenaje 5 de ellos. La estancia media fue de 5,10 días en cohorte "Pre" y 5,06 días en "Post". Se observó mayor incidencia de derrames en la cohorte "Post" (10,4 vs 20%), sin significación estadística ($p = 0,16$). El uso de ventilación no invasiva (VNI) fue mayor en la "Post" (37 vs 21%), siendo esta diferencia casi significativa ($p = 0,053$).

Conclusiones. Parece existir una asociación entre el aumento de la tasa vacunal y la incidencia de derrames en nuestro grupo poblacional. Sin embargo, no observamos aumento de la estancia media, probablemente debido a un mejor manejo de la VNI y la antibioterapia empírica.

SALÓN PALMA

Moderadores: Fernando Centeno, Rocío Sancho

CO-12. ¿QUÉ HACER ANTE SOSPECHA DE ALERGIA A MEDICAMENTOS? ENCUESTA A PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. María Nazaret Sánchez Sierra, Marianela Marcos Temprano, Mercedes Garrido Redondo, Irune Torres Ballester, Olga García Lamata, Juan Salvador Membrives Aparisi, Rodrigo Burgueño Rico. *Servicio de Neumoalergia Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos: Conocer el protocolo de actuación y actitud de los pediatras de Atención Primaria (AP) ante sospecha de alergia a medicamentos.

Material y métodos: Encuesta electrónica compuesta por 9 preguntas de opción múltiple a pediatras de AP del área de Valladolid obteniéndose 40 respuestas.

Resultados. De los 40 profesionales encuestados, 24 (60%) afirmaban mayor prevalencia de alergia medicamentosa en adultos y 11 (27,5%) en población pediátrica. La mayoría (82,5%), referían como principales responsables los betalactámicos. Un 95% consideraba la clínica cutánea como manifestación más prevalente. 32 profesionales (80%) realizarían el estudio a través de pruebas cutáneas, laboratorio y prueba de exposición controlada (PEC). El 95% remitiría al especialista a todo niño con sospecha de alergia medicamentosa con pruebas cutáneas y laboratorio negativas para completar estudio realizando PEC. Algo más de la mitad (52,5%) cree conveniente repetir una PEC entre las 3 y 8 semanas tras primer resultado negativo si la reacción surgió un año antes, 12 (30%) no realizarían una reprovocación tras un resultado negativo. Un 75% iniciaría un estudio de alergia medicamentosa a cualquier edad. El 82,5% pautaría amoxicilina tras un estudio alergológico completo negativo y el 92,5% emplearía el paracetamol como alternativa en pacientes con intolerancia a AINEs.

Conclusiones. Existen discrepancias importantes acerca de pruebas complementarias, edad de realización y abordaje posterior según el resultado. Hasta un 17,5% evitaría la PEC, basándose únicamente en pruebas cutáneas y laboratorio y un 20% plantearía PEC solamente en mayores de 6 años. Un porcentaje no despreciable (10%) emplearía azitromicina como primera opción ante una faringoamigdalitis bacteriana con estudio alergológico negativo para amoxicilina. Sería conveniente consensuar un protocolo de actuación entre profesionales de AP y especializada para homogeneizar el manejo de estos pacientes y emplear el fármaco de elección en cada situación clínica.

CO-13. DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES EN LA ADOLESCENCIA. Carlos Romero García, Laura Martínez Figueira, José Manuel Marco Sánchez, Almudena González Prieto, Ana Marín Cassinello, Yolanda Áurea García Salamanca, Ana Martínez Pereira. *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. El estridor es un signo habitual en Pediatría. En general, cuando vemos a un paciente con estridor, la primera palabra que se nos viene a la mente es la laringitis. Haremos el diagnóstico diferencial del estridor atendiendo a: edad de presentación, duración de mismo, si es inspiratorio/espírotorio o bifásico, la coexistencia o no de otros síntomas para dirigir el adecuado diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico. Adolescente de 12 años que ingresa por estridor a estudio de 48 horas de evolución. No refiere alergias, exposición a irritantes ni ingesta de cuerpo extraño. Previamente se le realizó prueba con salbutamol, dexametasona y adrenalina, así como con alprazolam siendo negativas. La Rx de tórax, analítica y la nasofibroscoopia inicial fueron normales. Se decide la realización de una fibrolaringoscopia, visualizándose una disfunción de cuerdas vocales con la inspiración, confirmada con una espirometría forzada. Tras esto se descartó RGE y factores psicosociales como causantes y se realizó un tratamiento multidisciplinar mediante neumología, foniatría, logopeda y psicología. En los siguientes meses se produce una disminución de la intensidad del estridor y aumento de su intermitencia.

Comentario. La disfunción de cuerdas vocales consiste en la aducción de las mismas durante la inspiración/espírotación, produciendo estridor, tiraje supraesternal o espírotación entrecortada. Es frecuente en adolescentes y se asocia a irritantes, ejercicio, RGE, alteraciones psicosociales... El diagnóstico es mediante fibrolaringoscopia y espirometría forzada. El tratamiento a corto plazo consiste en mantener abierta la vía aérea, mientras que a largo plazo es multidisciplinar ya que no existen medidas farmacológicas.

CO-14. ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE CANTABRIA. Lucía Pérez Gómez, Sandar Llorente Pelayo, Esther González Escartín, Rocío Sancho Gutiérrez, Elena Pérez Belmonte, María Jesús Cabero Pérez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. Analizar la evolución y la situación actual de los pacientes pediátricos con fibrosis quística en la Comunidad autónoma de Cantabria.

Material y métodos. Estudio transversal y descriptivo, en pacientes con el diagnóstico de fibrosis quística en seguimiento en la consulta de respiratorio infantil de Valdecilla a fecha del uno de enero de 2018. En cada paciente se analiza: la edad actual, situación al diagnóstico (edad, clínica y cifras de cloro en sudor), mutación causante, presencia de insuficiencia pancreática o hepática, edad de la primoinfección por *Pseudomonas* y presencia de colonizaciones crónicas.

Resultados. Se analizan la totalidad de pacientes, 22. Con una media de edad al diagnóstico de 1,785 años. Los síntomas más comunes al diagnóstico son los digestivos (50%), con una cifra media de cloro en sudor de 89,78 mmol/L. Las mutaciones más frecuentes son DF508/DF508 (50%) seguida de DF508/G542X (18%). El 86,36% presentó insuficiencia pancreática al diagnóstico y el 40,9% desarrolló insuficiencia hepática. La media de edad para la primoinfección para *Pseudomonas* es 2,55 años.

Conclusiones. La incidencia de fibrosis quística en Cantabria es 1,3 casos/año y 224 portadores/año. En la primera infancia predominan los síntomas digestivos, que solían ser el motivo de diagnóstico a edades precoces antes de la existencia del cribado, mientras que con la evolución aparecen síntomas respiratorios. El diagnóstico precoz de la enfermedad implica un diagnóstico precoz de la primoinfección por *Pseudomonas*, lo que implica un tratamiento precoz y una menor colonización por la misma.

CO-15. MALFORMACIÓN BRONCOPULMONAR EN EL LACTANTE. Carlos Romero García, Laura Martínez Figueira, Carla Criado Manuel, Ana Marín Cassinello, María Polo de Dios, Yolanda Áurea García Salamanca, José Manuel Marco Sánchez, Ana Martínez Pereira. *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. Las malformaciones congénitas del pulmón constituyen un amplio espectro donde destaca el enfisema lobar congénito, una anomalía que se manifiesta como la hiperinsuflación de uno o más lóbulos pulmonares por obstrucción intrínseca o extrínseca a la salida de aire. Puede ser asintomático o desarrollar taquipnea y distrés respiratorio, pudiendo darse al nacimiento o posteriormente. El diagnóstico es por imagen, y el tratamiento varía desde la lobectomía al tratamiento conservador con vigilancia.

Caso clínico. Varón de tres meses que ingresó por taquipnea a estudio. Previamente ingresó en Neonatología con tres semanas de vida por dificultad respiratoria inespecífica. Estudio ecográfico y analítico sin alteraciones salvo prominencia tímica y drenaje venoso anómalo. Se objetiva por

radiografía ante la persistencia de la dificultad respiratoria, una malformación pulmonar que se confirma mediante TC como un enfisema lobar congénito con estenosis del bronquio lobar superior izquierdo por broncoscopia. Ante el buen estado general a pesar de la persistencia de la polipnea y síntomas catarrales leves constantes se decide tratamiento conservador con seguimiento por Neumología y Cirugía Pediátrica y profilaxis con Palivizumab.

Comentario. A pesar del abanico de pruebas de diagnóstico prenatal es complicado de identificar y en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es posnatal. El enfisema pulmonar congénito es una entidad con amplia variabilidad clínica, por ello hay casos que pueden permanecer asintomáticos y descubrirse accidentalmente. Se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la dificultad respiratoria en niños menores de 1 año para poder instaurar el tratamiento con mayor rapidez.

CO-16. REVISIÓN DE OAF EN EPIDEMIA BRONQUIOLITIS 2017-2018. Andrea Gómez Arce, María Garmendia Amunarriz, Ana Peñalba Citores, Beatriz Jiménez Montero, Laura Merayo Fernández, María Ansó Mota, Carolina Santos Lorente, María Jesús Cabero Pérez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Analizar las características clínicas de los pacientes que reciben oxigenoterapia de alto flujo, así como su evolución en las primeras horas del tratamiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo desde septiembre de 2017 a febrero 2018 de pacientes ingresados por dificultad respiratoria, seleccionando los que reciben oxigenoterapia de alto flujo. Se realiza el análisis de variables epidemiológicas respuesta al tratamiento y evolución posterior.

Resultados. De todos los pacientes ingresados por dificultad respiratoria, 35 han recibido OAF como parte del tratamiento (N 35). Edad media de 0,92 años siendo 9 pacientes menores de un mes. 75% varones, la mayoría (80%) con diagnóstico de bronquiolitis. La duración media de la OAF fue de 82,91 h En el 48,6% la OAF fue la primera técnica de oxigenoterapia, habiendo recibido un 40% oxigenoterapia convencional previa y en el 11,4% usada como destete de la VNI. Tras la retirada de la OAF un 68,6% no precisaron soporte respiratorio mientras que 13,14% precisaron oxigenoterapia convencional. 5 pacientes (14%) presentaron un empeoramiento de clínica y constantes por lo que precisaron aumento del soporte respiratorio, 4 VNI y 1 paciente IOT. En cuanto a la evolución, el 68,6%

presentan mejoría de al menos una de las constantes registradas (FC y FR).

Conclusiones.

- El 80% de los pacientes que recibieron OAF estaban diagnosticados de bronquiolitis.
- El 25% de paciente que reciben OAF son menores de 1 mes y el 57,1% menores de 3 meses.
- El 68,6% de los pacientes no precisan soporte respiratorio tras retirada de OAF.

CO-17. SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO: ALGO MÁS QUE HIPERTROFIA ADENOAMIGDALAR.

Paula Aguiar Jar¹, Nuria Diez Monge¹, Andrea Crespo Sedano², Fernando Moreno Torrero², Lucía Palacio Tomás¹, Helvia Benito Pastor¹, Marta Andrés de Álvaro¹, Patricia Bolívar Ruiz¹.
¹Servicio de Pediatría, ²Unidad del Sueño. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es un trastorno respiratorio del sueño que deriva en una ventilación anormal durante este. La polisomnografía (PSG) es la prueba más completa para su estudio.

Objetivos. Conocer las características de los niños con SAHS diagnosticados mediante PSG hospitalaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de revisión de la historia clínica de niños < 14 años a los que se realizó PSG del 1/01/2016 al 31/12/2017. Diagnóstico de SAHS por clínica/índice de apnea-hipopnea (IAH). Punto de corte de 1-4, ≥ 5 , ≥ 10 para leve, moderado y grave respectivamente.

Resultados. Se realizaron 28 PSG. El 73% eran niños. Edad media de 7,1 años. La indicación fue: descartar SAHS por hipertrofia adenoamigdalar/síntomas de ronquido y apneas (55%), cribado de malformaciones craneofaciales/síndrome de Down: 19%, miopatías: 19% y valorar SAHS residual tras adenoamigdalectomía: 7%. Un 70% presentaban ronquido nocturno y un 72% apneas. Todos tuvieron un IAH > 1. Un 44% fueron SAHS leve, 28% moderado y 28% grave. La mediana del IAH en el SAHS grave fue 20,8 con un valor máximo de 47,3. El tratamiento realizado fue quirúrgico en 5 pacientes, médico en 4 y ventilación no invasiva (VNI) en 9. En 4 niños con hipertrofia adenoamigdalar se decidió no operar por presentar SAHS leve.

En 2 pacientes se repitió la PSG tras la adenoidectomía habiendo disminuido el IAH de 8,3 a 1 y de 47,3 a 18,6.

Conclusiones. La PSG tuvo un rendimiento diagnóstico alto. Los motivos del SAHS fueron multifactoriales. La VNI fue la alternativa terapéutica principal.

CO-18. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PRECOZ EN BRONQUIOLITIS AGUDA LEVE-MODERADA. Elia Zoido Garrote, Cristina García Aparicio, María Lucía Álvarez Fernández, Carlos Ocaña Alcober, Sandra Terroba Seara, Ana Noelia Fernández Rodríguez, Manuel Muñiz Fontán, Ignacio Oulego Erroz. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

Objetivo. Evaluar la correlación entre hallazgos de la ecografía pulmonar realizada precozmente con las escalas de gravedad clínica y su asociación con la evolución posterior en la bronquiolitis aguda (BA) leve-moderada.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron lactantes con BA leve-moderada evaluados mediante ecografía pulmonar en las primeras 24 horas tras la atención hospitalaria. Se graduó la afectación pulmonar (rango 0-50 puntos) en base a un score ecográfico (ScECO). Se evaluó la correlación entre el ScECO y dos escalas clínicas de uso habitual: escala de Wood-Downes-Ferres modificada (WDFM) y escala del Hospital Sant Joan de Deu (HSJD). Asimismo, se valoró la asociación entre el ScECO y la evolución clínica posterior (ingreso en UCIP, días de hospitalización y días de oxigenoterapia).

Resultados. Se incluyeron 59 pacientes con una edad mediana de 90 días (RIQ: 30-270 días). La puntuación mediana del ScECO fue de 6 puntos (2-8) en los pacientes que no requirieron ingreso, 9 (5-13,7) en los ingresados en planta y 17 (14,5-18) en los pacientes que precisaron traslado de planta a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) ($p = 0,001$). El ScECO tuvo una correlación lineal moderada con la escala de WDFM ($\rho = 0,504$, $p < 0,001$) y HSJD ($\rho = 0,518$; $p < 0,001$). El ScECO se asoció al ingreso en UCIP [OR 2,5 (IC 95%: 1,1-5,9); $p = 0,035$], mayor estancia hospitalaria [1,2 días (IC 95%: 0,55, 1,86); $p = 0,001$] y duración de oxigenoterapia [0,87 días (IC 95%: 0,26, 1,48); $p = 0,006$].

Conclusiones. La ecografía pulmonar precoz se correlaciona de forma moderada con la gravedad de la BA evaluada por escalas clínicas y guarda cierta relación con la evolución clínica.

CO-19. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN EL LACTANTE MENOS DE 3 MESES. Margarita Castro Rey, María Nazaret Sánchez Sierra, Juan Salvador Membrives Aparisi, Pablo López Casillas, Sara González Uribe Larrea, Elena Ortega Vicente, Erika Pulido Ovalle, Marianela Marcos Temprano. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El uso de adrenalina nebulizada como tratamiento de la bronquiolitis aguda es un tema muy debatido

sobre el cual no existe consenso. Estudios actuales afirman, con un nivel B de recomendación, que puede proporcionar una mejoría clínica moderada a corto plazo, en lactantes menores de 3 meses, pero no debe emplearse de rutina debido a los posibles efectos adversos y a que no acorta los ingresos hospitalarios.

Caso clínico. Lactante de 2 meses, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias Pediátricas para control de bronquiolitis aguda, tratada hace 24 horas con adrenalina nebulizada con adecuada respuesta. Persistencia de dificultad respiratoria. *Exploración:* TEP inestable (respiratorio alterado), hipoventilación, sibilancias, tiraje subcostal e intercostal y FR 66 rpm. SatO₂ 96%, FC 150 lpm. Escala del Hospital Sant Joan de Déu para bronquiolitis aguda: 7 puntos (moderado). *Evolución:* tratamiento con adrenalina nebulizada a 0,3 ml/kg. Tras 5 minutos del inicio del tratamiento se evidencia taquicardia, FC 300 lpm, con extrasístoles supraventriculares por lo que se suspende el tratamiento, manteniendo monitorización. A las 4 horas de su administración persistencia de extrasístoles y taquicardia por lo que se decide ingreso hospitalario. Tras 10 horas de monitorización resolución espontánea del cuadro.

Comentario. Resulta primordial monitorizar de manera continua a los pacientes pediátricos durante y tras la administración de adrenalina nebulizada. Aunque los efectos adversos importantes son excepcionalmente raros, la taquicardia sinusal transitoria puede observarse, siendo infrecuente la aparición de taquicardia supraventricular o de extrasístoles supraventriculares que precedan a la misma como en caso de nuestro paciente.

CO-20. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI. Sara Carnicero Ramos, Lucía Hernández Peláez, Lucas Ramón Díaz Anadón, Sara Fernández Castiñeira, Paula Quesada Colloto, María Agustina Alonso Álvarez. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La enfermedad de Kawasaki (EK) es la principal causa de cardiopatía adquirida en niños en países desarrollados. El tratamiento precoz disminuye esta complicación, pero un porcentaje de pacientes son refractarios. Diversos scores pretenden detectar el riesgo, pero su aplicabilidad general es controvertida. Este estudio pretende evaluar si el score de Kobayashi permite detectar pacientes de riesgo, describir las características de estos y analizar el tratamiento, en una serie de niños con EK.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo. Revisión de historias clínicas de niños diagnosticados de EK,

durante los años 2000-2017. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, de manejo, y analíticas, y se aplicó el Score de Kobayashi.

Resultados. Se estudiaron 36 pacientes (20 varones) con EK, el 14 % menores de 12 meses. 10 casos cumplieron criterios de alto riesgo según el score de Kobayashi, pero solo 2 fueron refractarios al tratamiento. Otros 3 niños refractarios no los cumplieron.

6 pacientes varones desarrollaron complicaciones coronarias. Todos habían iniciado el tratamiento más allá del 5º día; y solo 2 cumplían criterios de alto riesgo según el score aplicado.

En 86% de casos, el tratamiento consistió en inmunoglobulina (IGV) y ácido acetilsalicílico (AAS); en 2 solo AAS y en 1 solo IGV. En 2 se sumó metilprednisolona a los previos. En 17% de casos el tratamiento se inició antes del 5º día.

Conclusiones. En nuestra serie, el score de Kobayashi no fue útil como predictor de riesgo. Sin embargo, el inicio precoz de tratamiento parece evitar complicaciones, tal como recoge la literatura.

CO-21. TAPONAMIENTO CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO. María Pérez Rodríguez, Mónica Aguerrevere Machado, Christian Torres Mariño, María Garrido Barbero, Pedro Pablo Oyagüez Ugidos, Fernando Gómez Sáez, Esteban Gómez Sánchez. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El taponamiento cardíaco es una patología muy poco frecuente en el área de la pediatría. La manifestación clínica característica es el dolor torácico y los signos clínicos habituales son tonos cardíacos apagados, ingurgitación yugular y la hipotensión arterial sistólica.

Caso clínico. Presentamos un niño de 4 años derivado a uci pediátrica por cuadro de sepsis y abdomen agudo. Como antecedentes personales de interés señalar un quilotórax drenado intraútero en la semana 24 y síndrome PROSS. Refiere fiebre de siete días de evolución. En la exploración física destaca la mala perfusión periférica, quejido respiratorio y abdomen duro, con defensa abdominal, muy doloroso de manera generalizada. Presenta frecuencias cardíacas y tensiones arteriales elevadas para su edad. Se realiza TAC toraco-abdominal en busca de foco abdominal evidenciándose derrame pericárdico con una cámara máxima en la región posterior de 25 mm de espesor. En contexto de sedoanalgesia para realizar prueba diagnóstica el niño presenta hipotensión franca con pulso paradójico y en el ECG destaca elevación del segmento ST con disminución del voltaje de los complejos QRS. De manera urgente se realiza pericardiocentesis apical guiada por ecografía obteniéndose un volumen total

de 260 ml de características purulentas con rápido alivio para el paciente. En exudado faringoamigdalares se aisló *S. pyogenes*. Hemocultivo y cultivo líquido pericárdico negativos. Función cardíaca conservada en todo momento.

Comentario. Se considera este caso clínico de singular interés dada la poca frecuencia de esta patología dentro de la edad pediátrica, así como su peculiar forma de presentación.

SALÓN VALENCIA

Moderadores: Pilar Gortázar, Eva García Valle

CO-22. ASOCIACIÓN DE PERSISTENCIA DE VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA CON AUSENCIA DE VENA CAVA SUPERIOR DERECHA. Laura Fraile García, Rebeca Garrote Molpeceres, Vanesa Matías del Pozo, Erika Pulido Ovalle, María Miñambres Rodríguez, Aida de la Huerza López, Elena Urbaneja Rodríguez, Asunción Pino Vázquez. *Unidades de Neonatología y Nefrología y Cardiología Pediátricas, Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La vena cava superior izquierda persistente (VCSIP) es la anomalía más frecuente del sistema venoso, afectando al 0,3-0,5% de la población. Su combinación con ausencia de vena cava superior derecha (VCSRD) es muy infrecuente (0,09-0,13% de la población), pudiendo asociar malformaciones menores y cardiopatías complejas que comprometan la supervivencia del niño.

Caso clínico. Recién nacido varón de 332 SEG que ingresa por prematuridad. Exploración física: dismorfias faciales e hipotonía axial. Tras el alta ingresa por bronquiolitis y anemia a las 2 semanas de vida, diagnosticándole una hernia inguinal incarcerada, constatando TAS/TAD > p99 con normalización posterior. Reingresa por tercera vez a los 9 días por distrés respiratorio grave sin causa infecciosa, precisando soporte con oxigenoterapia de alto flujo. La radiografía de tórax reveló discreta cardiomegalia con desplazamiento traqueal derecho. Clínicamente se constataron TAS/TAD > p99, iniciando tratamiento con amlodipino oral. Ecocardiográficamente se diagnosticó FOP vs CIA, SIV ligeramente hipertrófico, VCSIP y ausencia de VCSRD; hallazgos confirmados por RMN. La eco-Doppler abdomino-renal mostró hipoplasia renal derecha. Ante los hallazgos ecocardiográficos y la clínica de bajo gasto cardíaco asociada a HTA, se sustituyó amlodipino por captopril y se añadió furosemida oral, con resolución completa del cuadro y cese de la HTA en aproximadamente 3 semanas, lo que permitió la retirada progresiva de la medicación.

Comentario. A pesar de su rareza es importante recordar la posible coexistencia de esta anomalía vascular con otras malformaciones menores y/o cardíacas. Estados infecciosos y estresantes desencadenan cambios del flujo venoso, pudiendo provocar clínica en un paciente asintomático, como nuestro paciente.

CO-23. CARACTERÍSTICAS DE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA. MANEJO PERINATAL. Ana Paola Jiménez Jiménez, Rodrigo Burgueño Rico, Vanesa Matías del Pozo, María Asunción Pino Vázquez. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) comprende el síndrome neurológico que se constata en el recién nacido tras un episodio de hipoxia o isquemia durante el período perinatal. Los antecedentes perinatales establecen una situación de riesgo, asociándose en la mayoría un evento centinela hipóxico.

Objetivo. Estudio retrospectivo descriptivo que analiza las características perinatales de pacientes diagnosticados de EHI en los últimos 5 años en nuestro centro.

Resultados. 23 pacientes asociaron EHI de 6.200 partos, con una incidencia de 3,7 casos/1.000. 18 fueron a término y 5 pretérmino. El 96% embarazos controlados y 4% no controlados. En 18 pacientes se constató evento centinela: 13 registro cardiotocográfico alterado, 2 distocias de parto, 2 desprendimientos de placenta, 1 prolapso de cordón. En 11 se realizó cesárea urgente, 1 cesárea programada y 1 parto instrumentado (7 fórceps y 4 ventosas). El pH de cordón fue < 7 en 7, entre 7-7,10 en 7 y > 7,10 en 9. El Apgar al minuto fue > 7 en 4, entre 4-7 en 7 y < 4 en 12. La EHI fue leve en 13 pacientes, moderada en 7 y grave en 3. Se realizó hipotermia terapéutica en 10 de ellos.

Conclusión. En nuestra revisión se determina una mayoría de EHI asociada a evento centinela, asociándose Apgar menor de 4 al minuto y pH de cordón < 7. Nuestra incidencia coincide con la bibliografía consultada. Las mejoras en la vigilancia intraútero se asocian a un manejo precoz de la EHI y manejar los problemas secuenciales derivados de ellos.

CO-24. DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA GRAVE EN EL NEONATO COMO CONSECUENCIA DE UN ERROR EN LA ALIMENTACIÓN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS. Margarita Castro Rey, Irune Torres Ballester, Laura Fraile García, Sara González Uribealrea, Pablo López Balboa, Pablo López Casillas, Francisco Joaquín Villagómez Hidalgo, Patricia García Saeta. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La deshidratación es una alteración del metabolismo, secundaria a un déficit de agua y/o electrolitos. Cuando la pérdida de agua es superior a la de solutos, se produce aumento del sodio sérico, denominándose deshidratación hipernatrémica, hecho infrecuente en Pediatría.

Caso 1. Lactante de 39 días de vida, dado de alta del servicio de neonatología en las 48 previas con diagnóstico de sepsis clínica neonatal. Acude a Urgencias por reaparición de fiebre e irritabilidad. *Exploración física:* pérdida ponderal 18%, mal estado general y aspecto distrófico, palidez generalizada y sequedad de mucosas con signo del pliegue positivo. *Análítica sanguínea:* acidosis metabólica hiperclorémica, hipernatremia grave, leucocitosis y discreta elevación de PCR.

Caso 2. Neonato de 5 días de vida, dado de alta sin incidencias de maternidad 72 horas antes. Acude a Urgencias por cuadro de irritabilidad, avidez excesiva con las tomas y ausencia de deposición en las 48 horas previas. *Exploración física:* pérdida ponderal 19%, sequedad de mucosas, fontanela deprimida y signo del pliegue positivo. *Análítica sanguínea:* acidosis metabólica hiperclorémica, hipernatremia grave e hipoglucemia.

En ambos casos se realizó corrección de la deshidratación en UCIP en 72 horas, con ausencia de complicaciones. Posteriormente se reintrodujo la alimentación habitual sin incidencias.

Conclusión. En Pediatría la causa más común de deshidratación hipernatrémica en el período neonatal es secundaria a una mala técnica alimentaria. Queremos resaltar con estos casos la importancia de cerciorarse previamente al alta de la maternidad y en las consultas de atención primaria de una correcta instauración de la misma.

CO-25. EXISTE MAYOR RIESGO DE CIRUGÍA ABDOMINAL EN PREMATUROS CON PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO. Carlos Hernández Díaz, Jacobo Montero García, Cristina Ruiz Hierro, Yaiza Galván Feliz, Marta Ortega Escudero, José Manuel Gutiérrez Dueñas, Rosa Muguerza Vellibre. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La persistencia del conducto arterioso (PCA) se considera un factor de riesgo para enterocolitis necrotizante (EN) y otras complicaciones digestivas. El objetivo del presente trabajo es analizar si existe un mayor riesgo de cirugía abdominal y morbi-mortalidad asociada, en prematuros que han precisado tratamiento para la PCA.

Metodología. Estudio observacional, analítico y retrospectivo incluyendo prematuros menores de 37 semanas de gestación, con diagnóstico de PCA en los últimos 10 años.

En función del tratamiento recibido, los pacientes fueron divididos en 3 grupos: tratamiento médico (A), médico y quirúrgico (B) y sin tratamiento (C). Se analizaron variables pre y perinatales, incidencia de complicaciones digestivas (EN y necesidad de cirugía por este motivo) y mortalidad.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 144 pacientes: 91 se asignaron al grupo A, 16 al B y 37 al C. La edad gestacional media por grupos fue de 28, 26,7 y 30,1 semanas. El peso medio al nacer fue de 1.083,9, 909,3 y 1.471,2 gramos, respectivamente.

En cuanto a la incidencia de EN, se encontraron un total de 21, 5 y 5 casos en cada grupo, precisando cirugía abdominal un 43, 60 y 35%, respectivamente. La mortalidad por grupos fue del 12, 19 y 3%.

Conclusiones. Los pacientes que precisaron tratamiento por PCA, presentaron mayor incidencia de complicaciones digestivas y mayor mortalidad que los pacientes no tratados, sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

La menor edad gestacional y peso al nacer encontrados en los pacientes que precisaron tratamiento por PCA, podría explicar la mayor morbi-mortalidad encontrada en estos grupos.

CO-26. INCIDENCIA Y MORBILIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS EN UNA POBLACIÓN DE VALLADOLID. Laura Fraile García, Lorena Bermúdez Barrezueta, María Miñambres Rodríguez, Vanesa Matías del Pozo, Asunción Pino Vázquez, Margarita Castro Rey, Sara González Uribealarea, María Nazaret Sánchez Sierra. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas y complicaciones de una cohorte de recién nacidos prematuros tardíos (RNPt) y compararlos con estudios actuales.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, de los RNPt de la Unidad de Neonatología de un hospital de tercer nivel, nacidos entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, mediante revisión de historias clínicas. Se realizó análisis estadístico descriptivo con el programa SPSS v20.0.

Resultados. En los años 2016 y 2017 se produjeron 2423 partos, siendo 127 RNPt, con una tasa de prematuridad tardía del 5,24%. La distribución por semanas de gestación (SEG) fue la siguiente: 42,5% 36 SEG, 33,1% 35 SEG y 24,4% 34 SEG. El porcentaje de varones fue del 55,1%, de gestaciones gemelares 20,5% y fecundación *in vitro* 11,8%. El 27,6% recibieron esteroides prenatales. Requirieron ingreso en

UCIN un 16,1% de los RNPT de 34 SEG, 16,7% 35 SEG y 3,7% de 36 SEG. La mediana de estancia en UCIN 4 (P5-95: 1-20) días y de estancia hospitalaria de 11,5 (P5-95: 1-88) días. Los diagnósticos más frecuentes al alta distrés respiratorio (16,9%), hipoglucemia (21,5%), ictericia (41,5%).

Conclusiones. La tasa de RNPT, así como las características de nuestra cohorte de estudio fueron similares a las descritas en estudios a nivel nacional. Es una población específica que requiere más cuidados y seguimiento más estrecho al asociar mayor comorbilidad que los recién nacidos a término.

CO-27. LESIONES CEREBRALES EN RECIÉN NACIDOS PRE-TÉRMINO. LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO. María Nazaret Sánchez Sierra, Lorena Bermúdez Barrezueta, María Miñambres Rodríguez, Laura Fraile García, Paola Jiménez Jiménez, Asunción Pino Vázquez. *Servicio de Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Analizar la prevalencia, gravedad y factores de riesgo de lesiones cerebrales en recién nacidos pretérmino (RNPT) menores de 32 semanas y/o menores de 1.500 g.

Material y métodos. Estudio de cohortes, retrospectivo que incluyó RNPT < 32 semanas y/o < 1.500 g de la base de datos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital terciario, durante los años 2015-2017. Se recogieron antecedentes sociodemográficos, gestacionales, perinatales y variables clínicas. Análisis descriptivo y de regresión logística univariante con el programa SPSS v20.0.

Resultados. Se incluyeron 82 pacientes, 57% fueron varones. La mediana de edad gestacional fue 30 semanas (23-34), de peso al nacimiento 1.190 g (560-2.065) y de edad materna 35 años (41-44). El 90% recibieron corticoterapia prenatal y presentaron corioamnionitis 14 madres (17,1%). Hasta en el 60% el parto fue mediante cesárea precisando intubación orotraqueal en paritorio 21 RNPT (25%). En 14 casos (17%) se registró una puntuación de Apgar en el primer minuto menor a 5 puntos. Presentaron sepsis confirmada 34,1% y 31% ductus arterioso persistente (DAP). Se registraron 13 casos (15,9%) de lesiones cerebrales en forma de hemorragia intraventricular (HIV): 6 casos grado I (7,3%), 5 grado II (6,1%), 1 grado III (1,2%) y 1 grado IV (1,2%) con desarrollo posterior de hidrocefalia precisando colocación de válvula de derivación peritoneal. Un caso de VIH grado II y otro grado III desarrollaron leucomalacia periventricular (2,4%). El análisis univariante de regresión logística demostró que la edad gestacional inferior o igual a 27 semanas, peso al nacimiento menor de 1.250 g, Apgar menor de 5 al primer

minuto, corioamnionitis, DAP, sepsis nosocomial confirmada constituyen factores de riesgo para el desarrollo de lesiones cerebrales.

Conclusiones. La prevalencia de lesiones cerebrales en nuestra cohorte es similar a los datos recogidos en la SEN1500. La prematuridad por sí misma es un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones cerebrales. Además, otros factores se relacionaron con su presentación en nuestra cohorte de estudio, los cuales han sido descritos en literatura previa.

CO-28. MENINGITIS NEONATAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS MENINGITIS VÍRICAS Y BACTERIANAS REGISTRADAS EN LA UNIDAD NEONATAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. Sandra Llorente Pelayo, Silvia Arriola Rodríguez-Cabello, Ana Belén Pérez Santos, Raquel Aguado Antón, Diana Gutiérrez Buendía, Alicia González de la Rosa, David González Pérez, Laura Merayo Fernández. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Comparar las características clínicas, analíticas y evolutivas de las meningitis neonatales víricas y bacterianas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las meningitis registradas en Neonatología en un hospital terciario del 01/01/2007 al 31/12/2016. Recogida de datos a partir de la historia clínica. Análisis con el programa estadístico SPSS.

Resultados. Registrados 73 meningitis, 44 víricas (60,3%) y 29 bacterianas (39,7%). Mediana de edad al diagnóstico 17 días, predominio femenino. Meningitis bacteriana más frecuente en RN pretérmino (62%) y bajo peso (51,7%). Las infecciones bacterianas están más asociadas a factores de riesgo de infección nosocomial y las víricas a ambiente epidémico familiar. Las víricas presentan más fiebre (90% víricas, 53% bacterianas) mientras que las bacterianas presentan más inestabilidad hemodinámica (0% víricas, 42,8% bacterianas), con resultados estadísticamente significativos. La apnea y las convulsiones son más frecuentes en las bacterianas. Las meningitis bacterianas presentan más frecuentemente leucopenia, desviación izquierda, plaquetopenia y elevación de PCR que las víricas, con resultados significativos. También producen mayor grado de leucorraquia, proteinorraquia y menor nivel de glucosa en LCR. Las bacterianas presentan mayor porcentaje de complicaciones precoces (6,8% víricas, 37,9% bacterianas) y tardías (29,5% víricas, 58,6% bacterianas).

Por tipo de complicación existen diferencias significativas en la ventriculitis, el *shock* séptico y las alteraciones del neurodesarrollo, sin diferencias en el porcentaje de fallecimiento en nuestra muestra.

Conclusiones. Las meningitis víricas son más frecuentes en nuestro medio, sin embargo en los RN pretérmino y bajo peso la etiología bacteriana es predominante, relacionándose con mayor riesgo de complicaciones precoces y tardías.

CO-29. PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA: REVISIÓN DE LOS CASOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL DE UN HOSPITAL TERCARIO DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS. Laura Merayo Fernández, Ana Orizaola Ingelmo, María Garmendia Amunarriz, David González Pérez, Jorge Suárez Alonso, Silvia Arriola Rodríguez-Cabello, Ana Belén Pérez Santos, Eva García Valle. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La parálisis del plexo braquial constituye uno de los traumatismos obstétricos más frecuentes. El seguimiento multidisciplinar es fundamental. La cirugía reservada para casos concretos.

Objetivo. Estudio descriptivo, retrospectivo de los RN ingresados en nuestro Servicio con diagnóstico de parálisis braquial obstétrica entre 2011-2015.

Resultados. Presentamos 11 casos. De ellos el 100% RN a término. 63,63% PEEG, 18,18% peso en el P90 y un caso, PAEG. El 27,27% distocia de hombros y extracción dificultosa, sin ser parto instrumental. Un caso parto eutócico. El 54,55% parto instrumental. De estos: 36,36% fórceps, 18,18% Kiwi y 9% espátulas. FR materno: 18,19% DM tipo I con mal control. EF: 27,28% afectación de ESI (2 casos asociaba fx de clavícula y 1 completa); 72,73% afectación de ESD (4 paresia y solo 1 afectación mano). En todos los casos, rx de clavícula y ecografía. 6 casos EMG, normal en 66,67%; tres casos (33,34%) afectación severa del tronco superior. Se realizó RMN en 2 casos (displasia glenohumeral y en otro caso seguimiento hasta derivación). Seguimiento: rehabilitación, ortopedia y neuropediatría en todos los casos. 3, precisaron derivación a centros de referencia requiriendo reconstrucción quirúrgica. Recuperación: completa 81,8% y secuelas en 3 casos. Como síntomas asociados: TTRN. Pero no presentaron dificultades con alimentación o síndrome de Horner con desarrollo psicomotor normal.

Comentarios. Relación clara con partos instrumentados, distocia de hombros, extracción dificultosa, fetos macrosó-

micos o de PEEG y asociación con fractura de clavícula. Importancia en EF para establecer nivel de afectación del plexo y decidir actitud terapéutica y pruebas complementarias. El manejo será multidisciplinar con evaluación precoz ya que la afectación inicial, el seguimiento, y el grado de recuperación marcarán el pronóstico.

CO-30. PREMATURO TARDÍO: FRECUENTACIÓN EN URGENCIAS Y MOTIVOS DE INGRESO TRAS EL ALTA DE LA PLANTA DE MATERNIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Carolina Santos Lorente¹, Daniel Pérez González¹, Rocío Cuesta González², María Ansó Mota², María Justel Rodríguez², Ana Belén Pérez Santos¹, Silvia Arriola Rodríguez-Cabello¹, Pilar Gortázar Arias¹. ¹Planta de Maternidad, Unidad de Neonatología, ²Unidad de Urgencias de Pediatría. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Determinar frecuentación en Urgencias Pediátricas y motivos de ingreso en primeros 6 meses de vida de recién nacidos pretérmino (RNPT) dados de alta de planta de Maternidad en Hospital Tercer Nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión historias clínicas de prematuros tardíos atendidos en planta de Maternidad de nuestro hospital entre 01/01/2017 y 31/12/2017.

Resultados. De 3.204 RN en 2017, 89% (2.865) estuvieron en planta de Maternidad; 2,4% (69) fueron RNPT (35+0 y 36+6 semanas); 24% (17) ingresaron en Neonatología desde Maternidad, principal motivo: ictericia (41%). Alta de Maternidad a 72-96 horas (media 89,4 h); 86% control en Atención Primaria 48-72 horas. A los seis meses tras alta, 58% (40) acudieron Urgencias; 55% período neonatal. Motivo más frecuente de consulta fue el control de ictericia (30%), programado desde Maternidad, ingresaron 16%. Otros: CVA (15%); bronquiolitis (7,5%); En 2ª visita y sucesivas primer motivo ictericia programada. De 40 RNPT acudieron a Urgencias, ingresaron 17% Neonatología; edad media 26 días; causa principal ictericia (28,5%). Otras: atragantamiento, fiebre, bronquiolitis, apnea, EAL.

Conclusiones. El prematuro tardío es un grupo especial de RN atendidos en Planta de Maternidad que requiere cuidados hospitalarios y seguimiento estrecho tras alta, para detección precoz problemas y prevención morbilidades posteriores.

Nuestros criterios alta planta de Maternidad del RNPT: estancia mínima 72 h; cita programada previa alta pediatra 48-72 h; clínica lactancia; control Urgencias ictericia, motivo más frecuente de acudir e ingreso.

Consultas banales son infrecuentes, por mayor estancia en Maternidad y visita precoz programada Equipo Atención Primaria.

CO-31. REVISIÓN DE CASOS DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON ANTICUERPOS ANTI-RO Y ANTI-LA POSITIVOS: ¿INFLUYE LA CARGA AUTOINMUNE MATERNA EN EL PERÍODO NEONATAL? Ana Paola Jiménez Jiménez, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, María Asunción Pino Vázquez, Francisco Javier Álvarez Guisasola. *Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Santander.*

Introducción. Algunas enfermedades reumáticas maternas (LES, Sjögren) asocian autoanticuerpos (anti-Ro y anti-La positivos de clase IgG), que al atravesar la placenta pueden producir lupus neonatal. Aparece en 1/10.000-20.000 recién nacidos vivos, afectando fundamentalmente a piel (lesiones eritematosas) y/o corazón (bloqueo auriculo-ventricular).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre recién nacidos hijos de madres con enfermedades reumáticas (anti-Ro y anti-La positivos durante la gestación) durante 2 años. Análisis de antecedentes prenatales, características clínico-epidemiológicas y evolución.

Resultados. De un total de 12 recién nacidos de madres con anticuerpos positivos un 58% (7) eran de sexo femenino. Mediana edad gestacional: 39 semanas (36-40). Patología materna: LES 75% (9), síndrome de Sjögren 17% (2) y enfermedad mixta del tejido conectivo 8% (1). Mediana edad materna: 36 años (27-39). Antecedentes prenatales: patología tiroidea materna 50% (6), abortos previos 42% (5), CIR 33% (4) y prematuridad 17% (2). En todos los casos se realizó ECG y seguimiento estrecho posterior. Un 17% (2) desarrollaron lupus neonatal, ambos de sexo femenino, con afectación cutánea (placas eritematosas a nivel periocular, cuero cabelludo y tronco) que apareció al 1º mes de vida y que se resolvió espontáneamente a los 5 y 6 meses, sin dejar cicatriz, asociando uno de ellos trombopenia (90.000-120.000 plaquetas), sin presentar en ningún caso afectación cardíaca ni otras complicaciones.

Conclusiones. Los recién nacidos de madres con anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos durante la gestación pueden desarrollar un lupus neonatal que afecta más a niñas y manifestarse como lesiones cutáneas que evolucionan favorablemente sin tratamiento específico. No hay que olvidar que en estos recién nacidos habrá que realizar ECG y seguimiento por la posibilidad de afectación cardíaca, que marcará el pronóstico de la enfermedad.

CO-32. REVISIÓN DE INDICACIONES DE FOTOTERAPIA NEONATAL. TRATAMIENTO CONJUNTO EN MATERNIDAD. ESTUDIO COMPARATIVO DE RN EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD Y NEONATAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA. Yolanda Áurea García Salamanca, Ana Remesal Escalero, Laura San Feliciano Martín, Beatriz Vacas del Arco, Carlos Romero García, Ana Martínez Pereira. *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Objetivos. La ictericia es una entidad muy frecuente en el recién nacido y una gran parte de los mismos precisa tratamiento con fototerapia. Esto habitualmente supone el ingreso en una unidad neonatal con la consiguiente ruptura del vínculo madre-hijo, con consecuencias negativas para ambos. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio comparativo de diferentes variables relacionadas con los recién nacidos en tratamiento con fototerapia en la unidad de maternidad y de neonatología del Hospital de Salamanca, con la finalidad de comparar la eficacia del tratamiento de fototerapia en alojamiento conjunto madre-hijo.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas en RN ≥ 35 semanas de edad gestacional que recibieron fototerapia en maternidad y en la unidad de neonatología durante el 01/02/17 hasta el 01/02/18. Se estudiaron las variables sexo, peso al nacimiento, edad gestacional, Apgar, isoimmunización ABO/Rh, valores de bilirrubina, medición de BiTC, realización de analítica sanguínea y duración de la fototerapia.

Resultados. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la menor realización de analíticas en los RN que recibieron fototerapia en alojamiento conjunto en maternidad, así como una menor duración del tratamiento en este mismo grupo. Aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, se ha observado un mayor número de ingresos en la unidad neonatal en RNPT tardíos y en aquellos con diagnóstico de isoimmunización.

Conclusiones. La fototerapia conjunta en maternidad es una técnica segura que evita el ingreso del RN, favoreciendo el vínculo con los padres con resultados beneficiosos.

SALÓN MURCIA

Moderadores: Reyes Mazas, Pedro Pablo Oyágüez

CO-33. APENDICITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO. CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE CASTILLA Y LEÓN. INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA. Rodrigo

Burgueño Rico¹, Alberto Sánchez Abuín, Verónica Alonso Arroyo, María Elena Molina Vázquez, Raquel Aguilar Cuesta, Óscar Darío Gómez Beltrán. ¹Unidad de Cirugía Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivo. La apendicitis es la urgencia quirúrgica más frecuente en población pediátrica. Resulta imprescindible conocer su epidemiología (incidencia, edad de presentación, etc.) y manejo intrahospitalario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo que analiza el manejo de pacientes diagnosticados de apendicitis aguda entre los años 2010 y 2015 en nuestro centro.

Resultados. 717 pacientes entre 0 y 18 años fueron intervenidos de apendicitis aguda. La tasa de incidencia fue de 16,71 casos / 10.000 pacientes. El 93,58% fueron apendicitis confirmadas por anatomía patológica de las cuales el 6,42% aparecieron en menores de 5 años. El 28% de apendicitis fueron complicadas y de estas un 20,9% fueron gangrenosas y un 7,11% perforadas. El ratio varón/mujer de 1,5:1 y la media de edad de 10,44 años. La distribución por edades reveló una incidencia mayor entre los 9 y 10 años (incidencia acumulada del 20,9%) mientras que entre los 7 y los 13 años encontramos al 62,5% de los casos. En cuanto a las variables descritas por el PAS (*Pediatric Apendicitis Score*) el 100% de los pacientes presentaron dolor, el 80% anorexia, un 56,34% náuseas y vómitos y solo un 19,8% fiebre. Al 83% de los pacientes se les realizó una ecografía mientras que el 3,8% se les realizó una TAC.

Comentarios. La apendicitis aguda es una urgencia frecuente en la población pediátrica por lo que resulta importante analizar el manejo de la misma en nuestro medio y contrastarla con la bibliografía actual de mayor importancia.

CO-34. ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCEDIMIENTO DE TRIAJE PEDIÁTRICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. José Lorenzo Guerra Díez, Javier González González, María Garmendia Munarriz, Ana Peñalba Citores, Cristina Álvarez Álvarez, Rocío Cuesta González, María Jesús Cabero Pérez, Lino Álvarez Granda. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. Elaborar el mapa de procedimientos de triaje pediátrico y describir los procedimientos fundamentales en su desarrollo y aplicación.

Material y métodos. Se establecieron las necesidades y expectativas de los profesionales y usuarios en la realización del triaje con el fin de establecer un resultado que es el paciente "clasificado".

Resultados. Para la elaboración del mapa de procedimientos fueron definidos 3 niveles; la estrategia, los procesos

operativos y los sistemas de apoyo. El inicio lo constituye el paciente que acude a urgencias pediátricas y finaliza con su nivel de clasificación. Como partes fundamentales de la estrategia son: a) Procedimiento de recepción, que incluye registro e identificación. b) Procedimiento de valoración; con aplicación del triángulo de evaluación pediátrica, determinación motivo de consulta y registro de constantes. c) Salida con resultado de paciente clasificado y su ubicación en el área adecuada hasta su valoración facultativa. Para esto la integración de la Historia clínica informática y el programa informatizado de clasificación es condición imprescindible para el correcto desarrollo.

Conclusiones. Para un correcto funcionamiento y aplicación del sistema de triaje es necesario que las personas formadas para realizar este trabajo conozcan los procedimientos internos que constituyen su desarrollo. Es necesario que existan indicadores que midan este proceso y determinen su calidad en la asistencia urgente.

CO-35. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS URGENCIAS O CONSULTAS NO DEMORABLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA. María Ansó Mota¹, Reyes Mazas Raba², Melba Maestro de la Calera³, María Escorial Briso-Montano⁴, María Rosa Pardo Crespo⁵. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ²Centro de Salud Castilla-Hermida. ³Centro de Salud San Vicente. ⁴Centro de Salud El Astillero. ⁵Centro de Salud Isabel II.

Objetivo. Conocer las características de los pacientes que acuden de forma urgente o no demorable a la consulta de pediatría de atención primaria (AP).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todas aquellas consultas atendidas por el pediatra de AP, solicitadas como urgentes o no demorables, en dos centros de salud urbanos y dos rurales, del 1 al 31 de diciembre de 2018.

Resultados. Fueron atendidas 2.264 consultas, un 23,94% (n = 542) fueron urgentes o no demorables. El 54,1% de centros urbanos. El perfil del paciente predominante fue: varón, edad media de 5,8 años, etnia blanca, padres españoles, primogénito con hermanos menores. El 9,6% menores de 1 año. Motivo de consulta más frecuente la fiebre (33,9%). Un 12,2% ya había consultado los 7 días previos, el 56,1% sin cita concertada. Un 5,7% acudió previamente a urgencias hospitalarias y un 4,1% no hospitalarias. Un 31,5% fueron el primer día de la semana laborable, en la franja horaria de 12-14 horas (42,2%). El 68,1% acudió acompañado de su madre, trabajando esta en un 52,4% y el padre un 77,3%. Un 19,6% padecía una

enfermedad crónica. El tiempo de evolución fue de más de 48 horas en un 27,3%. El pediatra consideró el 78,2% como citación inadecuada. Solo 2 pacientes precisaron derivación al hospital.

Conclusión. Ni la menor edad ni padecer patologías crónicas, ni tampoco la gravedad de la patología determinan las consultas de forma urgente o no demorable. Por tanto, debemos buscar factores sociales o culturales implicados en esta alta demanda.

CO-36. IMPACTO DE UNAS SESIONES FORMATIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS DE BRONCOESPASMO EN URGENCIAS. Patricia Bolívar Ruiz, Roberto Velasco Zúñiga, Paula Aguiar Jar, Marta Andrés De Álvaro. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Evaluar el impacto de la acción de mejora de sustitución de la prednisolona por dexametasona en el tratamiento de las crisis asmáticas, tras la impartición de varias sesiones formativas en el Servicio de Pediatría.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo observacional de cohortes, que incluye pacientes atendidos entre el 1/1/2016 y el 31/12/2017 en la Unidad de Urgencias de Pediatría de un hospital terciario con diagnóstico al alta de broncoespasmo (CIE-9 493.90). Se dividió la muestra en dos cohortes, la "Pre", con pacientes vistos entre el 1/1/2016 y el 30/11/2016, y la "Post", con los atendidos entre el 1/1/2017 y el 30/11/2017. El mes de diciembre, durante el cual se impartieron las sesiones formativas, se consideró como "período ventana". La variable resultado fue el corticoide pautado en cada paciente.

Resultados. Se analizaron 1.688 pacientes. La cohorte "Pre" se compuso de 734 pacientes, y la "Post" de 750. El TEP fue normal en 755 (51,1%) de los pacientes, con similares proporciones en ambas cohortes. En la cohorte "Pre", 371 (50,5%) pacientes recibieron tratamiento corticoideo, por 449 (59,9%) en la "Post" ($p < 0,01$). En la "Pre", 341 (91,9%) recibieron tratamiento con prednisolona y 16 (4,3%) con dexametasona, mientras que en la "Post" recibieron prednisolona 91 (20,3%) y 354 (78,8%) dexametasona ($p < 0,01$). No hubo diferencias en el porcentaje de reconsultas ni entre cohortes ni entre tratamientos.

Conclusiones. La impartición de sesiones formativas en el Servicio de Pediatría supuso una acción de mejora eficaz para el cambio de tratamiento corticoideo en las crisis asmáticas. Los pacientes tratados con dexametasona no reconsultaron en mayor proporción.

CO-37. INDICADORES DE CALIDAD DERIVADOS EN EL EMPLEO DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO DE TRIAJE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Javier González González, José Lorenzo Guerra Díez, Eva María Trueba Delgado, Sonia López Gómez, Cristina Delgado Martínez, Verónica Vejo Landaida, Patricia Pulido Pérez, María Jesús Cabero Pérez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. Analizar la actividad de clasificación o triaje en un hospital terciario y los principales indicadores derivados de su uso.

Material y métodos. Estudio descriptivo de la actividad en triaje en Unidad Urgencias Pediátricas durante 2017, analizando tasa de clasificación y re-valoración, clasificadas por nivel de urgencia/motivo de consulta.

Resultados. Se obtuvo tasa de clasificación de 98,71%. Número total de pacientes 39.912 de los que se clasificaron 3.9398. Tasa de clasificación del 100% en 220 días del año. Clasificación por niveles: Nivel 1: 0,06%, Nivel 2: 2,71%, Nivel 3: 12,26%, Nivel 4: 46,16, Nivel 5: 37,52, no clasificados un 1,29%. Fueron re-evaluados 1.313 episodios, 3,33%. Tiempo medio triaje 1,31 minutos.

Los motivos de consulta más prevalentes fueron: la fiebre, la clínica digestiva y la dificultad respiratoria. Análisis por niveles: en niveles I predominan convulsiones activas, trauma grave y hemorragia con *shock* y en niveles II pacientes menores de 30 días, menores de 3 meses con afectación, dolor testicular, abdominal y traumatismos importantes incluyendo también episodios febriles.

Conclusiones. El uso de un programa informático de triaje en urgencias pediátricas garantiza conseguir tasas altas, en torno al 100% de pacientes clasificados y, una alta aceptación por parte de los profesionales que lo manejan, en nuestro caso enfermería, aunque exista alta asistencia. Tiempo en su realización es rápido permitiendo agilidad. Motivos más frecuentes de consulta fueron la fiebre, problemas digestivos y respiratorios. Es necesario ajustar el porcentaje de niveles 5 en los próximos años pues supone una tasa superior a la esperada.

CO-38. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA EN URGENCIAS. Pablo López Balboa, Laura Fraile García, Sara González Uribelarrea, Jorge Carranza Ferrer, Patricia Justo Vaquero, Francisco Joaquín Villagómez Hidalgo, Elsa Izquierdo Herrero, Elena Ortega Vicente. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Analizar la presentación, evolución tratamiento y recurrencias en los niños con edad inferior a 14

años que consultaron por parálisis facial periférica idiopática en nuestro Servicio.

Método. Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de los niños que consultaron por parálisis facial entre los años 2015 y 2017. Se definió caso como toda parálisis facial de instauración aguda, aislada, que no pudo ser explicada por la presencia de enfermedad crónica o aguda del oído, parótida, traumatismo, enfermedad autoinmune, neoplasias o síndrome de Ramsay-Hunt. Para valorar la severidad y el grado de afectación se utilizó la escala de House-Brackmann (H-B).

Resultados. 10 pacientes cumplieron la definición de caso, 6 corresponden a niños y 4 a niñas. La mediana de edad fue 7,4 años. La forma de presentación más frecuente fue el grado leve (HB 2-3, 6 niños). El resto corresponden a grado moderado HB 4, sin observar casos de mayor severidad. No se realizaron exámenes complementarios a ningún paciente. Todos recibieron tratamiento con corticoides sistémicos: 5 casos a 2 mg/kg/día, 5 días con pauta descendente. En el resto, la dosis o la duración del tratamiento fueron menores. En ningún caso se administró tratamiento antiviral y no se registraron recurrencias presentando una recuperación *ad integrum* el 100% de los paciente a los 3 meses. Se llevó a cabo el seguimiento en consultas externas de otorrinolaringología en dos pacientes.

Conclusiones. En nuestra serie encontramos gran variabilidad en el manejo de los niños con parálisis facial idiopática. En adultos, el tratamiento precoz con corticoides ha demostrado disminuir secuelas, reservando los antivirales para los casos con formas de presentación severas. La falta de estudios con alta evidencia científica en niños hace necesaria la elaboración de protocolos que homogenicen la atención recibida por estos pacientes.

CO-39. PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ATENDIDO EN EL BOX DE CRÍTICOS EN URGENCIAS. Sara González Uribebarrea, Elsa Izquierdo Herrero, Patricia Justo Vaquero, Jorge Carranza Ferrer, Elena Ortega Vicente, Francisco Joaquín Villagómez, Patricia García, Adriano Maté. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Conocer las características de los pacientes atendidos en el box de críticos de una Unidad de Urgencias de Pediatría.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo (enero 2017-marzo 2018). Se incluyen todos los pacientes pediátricos (0-14 años) que precisaron atención médica en el box de críticos.

Resultados. Se analizaron 29 pacientes [72,4% varones (n = 21)]. El nivel de triaje en el 68,9% (n = 20) fue de II. La

mediana de edad fue de 3 años (Pc 25-75: 9 meses-7 años), siendo el 48,3% (n = 14) menores de 2 años. El 65,5% (n = 19) procedía de ámbito extrasanitario. El traslado se realizó mediante ambulancia medicalizada en el 75,9% (n = 21). Entre los motivos de consulta más frecuentes destacan: 41,4% (n = 12) patología neurológica, 27,6% (n=8) politraumatismos y 13,8% (n = 4) procesos respiratorios. En el 89,6% (n = 26) de los pacientes se canalizó una vía venosa periférica en urgencias, 3,4% (n = 1) vía intraósea, 6,9% (n = 2) precisaron sondaje urinario, 6,9% (n = 2) intubación orotraqueal, y 3,4% (n = 1) ventilación no invasiva. Medicación administrada: 37,9% (n = 11) recibieron tratamiento anticomicial, 13,8% (n = 4) broncodilatadores, 27,6% (n = 8) carga de volumen, 24,1% (n = 7) sedoanalgesia. Exploraciones complementarias: analítica sanguínea 89,6% (n = 26), diagnóstico de imagen: TAC craneal 27,6% (n = 8), radiografías 31% (n = 9), ecografía abdominal 13,8% (n = 4). Como diagnósticos al alta de urgencias destacan: 41,4% (n = 12) episodios paroxísticos epilépticos, 17,2% (n = 5) politraumatismo, 13,8% (n = 4) broncoespasmo severo. No se registró ninguna parada cardiorrespiratorio ni éxitus. El 48,6% (n = 14) fue traslado a la UCIP, 34,5% (n = 10) a planta de hospitalización, 3,4% (n = 1) a quirófano y 13,8% (n = 4) fue dado de alta a su domicilio tras un período de observación en urgencias. La mediana de estancia en la Unidad de Urgencias de Pediatría fue de 2,5 horas (Pc 25-75: 1,5 y 6 horas, respectivamente).

Conclusiones. Aunque la mayoría de la patología atendida en Urgencias de Pediatría no suele revestir gravedad, es fundamental conocer e identificar aquellos procesos graves que en determinadas ocasiones se pueden presentar. La implantación de los sistemas de triaje en Urgencias, así como disponer de un personal sanitario cualificado y entrenado en estas situaciones, y un box habilitado, garantiza una mejor atención y evolución en estos pacientes.

SÁBADO 28 DE ABRIL DE 2018
SALÓN CONVENCION

Moderadores: Rosa Pardo, Lorenzo Guerra

CO-40. AMELOGÉNESIS IMPERFECTA Y NEFROCALCI-NOSIS: MUTACIÓN EN FAM20A COMO NEXO GENÉTICO COMÚN. Alba Megido Armada, Cristina J. Blázquez Gómez, Virginia A. Oreña Ansorena, Diana K. Segura Ramírez, Tania Rodríguez-Santamarta, José María De Castro Córdoba, Flor Ángel Ordóñez Álvarez. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La amelogénesis imperfecta (AI) es un trastorno genético heterogéneo relacionado con alteraciones en el desarrollo dentario. Algunas de las variantes de AI se asocian con otras manifestaciones, como la nefrocalcinosis en el síndrome esmalte renal (SER; OMIM#204690), una entidad extremadamente rara vinculada a mutaciones en el gen FAM20A.

Caso clínico. Varón de 10 años de edad valorado inicialmente en el Servicio de Cirugía Máxilofacial por retraso en la dentición permanente. Se encuentra asintomático y en la exploración no se detectan rasgos dismórficos ni otras alteraciones llamativas. Los padres y sus dos hermanos son sanos. No existen otros antecedentes personales de interés, incluyendo desarrollo psicomotor y parámetros de crecimientos siempre normales. Los estudios bioquímicos iniciales presentan un equilibrio ácido-base, electrolitos en sangre y orina y función renal, normales. Durante la valoración pediátrica posterior por sospecha de AI se detecta una nefrocalcinosis bilateral ecográfica. Ante la sospecha clínica de SER, se solicita estudio genético mediante secuenciación completa del gen FAM20A, demostrándose la presencia de dos variantes patogénicas en heterocigosis compatibles con el diagnóstico. Tras dos años de seguimiento, la nefrocalcinosis ecográfica persiste y se detecta una ERC grado 2 (eGFR: 77 ml/min/1,73 m²), sin otras incidencias clínicas significativas. Se encuentra bajo tratamiento permanente con citrato potásico.

Comentario. A pesar de la baja prevalencia del SER, las alteraciones congénitas del esmalte dental obligan a la exclusión de anomalías extradentales asociadas, incluyendo la nefrocalcinosis.

CO-41. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN NUESTRO MEDIO. Rodrigo Burgueño Rico, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, Hermenegildo González García, Paola Jiménez Jiménez, Sara González Uribelarra, Laura Fraile García, Margarita Castro Rey. *Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivo. La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la patología reumática crónica más frecuente en Pediatría y una importante causa de morbilidad infantil, por lo que un mejor conocimiento de esta enfermedad, contrastando la epidemiología de nuestros pacientes afectos con la información que ofrece la literatura actual mejorará su diagnóstico y derivación precoz a unidades especializadas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo que analiza las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con AIJ en nuestro centro.

Resultados. Se diagnosticaron 56 pacientes de AIJ, correspondiendo un 59% (33) al sexo femenino. Mediana de edad al diagnóstico: 5,9 años (rango 1,2-14). Un 29% (16) presentó antecedentes familiares reumatológicos/autoinmunes. Subtipos de AIJ por orden de frecuencia: oligoarticular 64% (36), poliarticular 13% (7), sistémica 9% (5), artritis-entesitis 5% (3), artritis indiferenciada 5% (3) y psoriásica 4% (2). Todas fueron más frecuentes en mujeres salvo la artritis-entesitis ($p < 0,05$). El FR fue negativo en todos los pacientes, encontrando ANA positivos en 36% (20) y HLA-B27 positivo en 14% (8). Se asoció uveítis en un 14% (8). Un 40% (22) fue tratado con FAMES, un 20% (11) con fármacos biológicos, un 30% (17) con terapia combinada y un 10% (6) se mantuvo sin medicación en el momento del estudio.

Comentarios. La AIJ en nuestra serie afectó principalmente a mujeres en edad escolar, predominando las formas oligo y poliarticulares, precisando la mayoría de nuestros pacientes un tratamiento específico de la misma para evitar el elevado índice de incapacidad que produce.

CO-42. CALIDAD DE VIDA Y EFECTOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS SUPERVIVIENTES AL CÁNCER. María Nazaret Sánchez Sierra, Irune Torres Ballester, Raquel Herráiz Cristóbal, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, Hermenegildo González García. *Servicio de Oncohematología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivo. Analizar los efectos psicológicos de niños supervivientes al cáncer. Evaluar cómo se reintegran en sus actividades básicas de la vida diaria.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo, sobre una serie de casos de pacientes menores de 15 años con diagnóstico de cáncer atendidos en el Hospital Clínico de Valladolid en los últimos 10 años. Recogida de variables epidemiológicas y clínicas, tiempo de supervivencia y encuesta KIDSCREEN-52 a las madres y a los propios niños mayores 8 años para valorar la calidad de vida y efectos psicológicos. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados. De los 35 pacientes diagnosticados de cáncer fueron excluidos 13 pacientes por fallecimiento o no precisar tratamiento oncológico y 22 pacientes constituyeron la muestra del estudio (13 con tumores hematológicos y 9 con tumores sólidos). De las 10 dimensiones analizadas en la encuesta KIDSCREEN-52, en niños tres se encuentran por debajo del p50 de normalidad, estado de ánimo y emocio-

nes 17,77 ($\pm 6,36$), autopercepción 37,14 ($\pm 2,66$) y acoso escolar 18,46 ($\pm 7,39$), mientras que en madres solo uno se encuentra ligeramente por debajo del p50 de normalidad, autopercepción 49,5 ($\pm 9,38$). De las comparaciones realizadas solo se han encontrado diferencias significativas ($p = 0,042$) en la dimensión de acoso escolar según las madres entre niños menores de 8 años 47,34 ($\pm 12,27$) y niños mayores de 8 años 55,65 ($\pm 5,68$).

Conclusiones. La percepción del impacto psicológico de los pacientes con cáncer difiere entre madres, que consideran una calidad de vida aceptable y similar a la de niños sanos, y niños que reflejan una afectación del estado de ánimo y emociones, autopercepción y acoso escolar. Existe una mayor preocupación materna en la existencia de acoso escolar en niños menores de 8 años con respecto a los que superan dicha edad.

CO-43. CUADRO DE COLESTASIS SECUNDARIO A SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO, COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL; A PROPÓSITO DE UN CASO. María Pérez Rodríguez, Mónica Aguerrevere Machado, María Garrido Barbero, Ainhoa Elizondo Alzola, Gregorio de la Mata Franco, Ana Fernández Valderrama, Esteban Gómez Sánchez, María García González. *Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El síndrome hemolítico urémico (SHU) se define como microangiopatía trombótica que da lugar a la triada clásica de anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. Las complicaciones hepáticas son excepcionales. Se describe un paciente con SHU causado por *S. pneumoniae* con cuadro de colestasis secundario.

Caso clínico. Lactante de 22 meses que ingresa en uci pediátrica con diagnóstico de sepsis de origen respiratorio. Recibe pauta antibiótica con cefotaxima y clindamicina en contexto de neumonía necrotizante y empiema asociado. Se aísla crecimiento de *S. pneumoniae* en hemocultivo. A las 12 horas desarrolla SHU que requiere técnica de depuración extrarrenal durante ocho días y múltiples transfusiones de concentrados de hematíes y plaquetas. A los 12 días impresiona de abdominalgia tipo cólico, hiporexia y vómitos. En analítica presenta GOT 185 UI/L, GPT 289 UI/L FA 1.032 UI/L, gammaGT 1.551 UI/L, bilirrubina total 1,5 mg/dl. Se realiza ecografía abdominal objetivándose vesícula biliar aumentada de tamaño, sin signos de colecistopatía inflamatoria con imágenes en su interior sugestivas de litiasis. Se observan imágenes similares en colédoco y discreta dilatación de vía intrahepática y extrahepática. Se confirma el diagnóstico con colangioRMN.

Comentario. Las complicaciones gastrointestinales del SHU recogidas en la literatura se relacionan más frecuentemente con *E. coli* productor de toxina shiga y afectación del colon. Las complicaciones hepáticas asociadas a esta entidad se deben tener en cuenta ya que además estos pacientes presentan otros factores predisponentes asociados. Destacan la hemólisis, la sepsis, la nutrición parenteral del paciente crítico y el tratamiento con cefalosporinas y diuréticos.

CO-44. DISTRIBUCIÓN E INCIDENCIA DEL CÁNCER INFANTIL EN CASTILLA Y LEÓN ENTRE LOS AÑOS 2003 Y 2014. Rebeca Garrote Molpeceres¹, Elena Urbaneja Rodríguez¹, María Asunción Pino Vázquez¹, Pilar Gutiérrez Meléndez², Raquel Herráiz Cristóbal¹, Francisco Javier Álvarez Guisasola¹, Hermenegildo González García¹. ¹*Servicio de Pediatría y Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.* ²*Observatorio de Salud Pública de la Junta de Castilla y León.*

Objetivos. Conocer la distribución e incidencia real del cáncer infantil en Castilla-León puesto que los datos actuales son estimaciones aportadas por el registro español de tumores infantiles (RETI-SEHOP).

Material/Métodos. Población estudiada y definición de caso: niños < 15 años residentes en Castilla-León entre 2003-2014 con un primer diagnóstico de cáncer según la 3ª Clasificación Internacional del Cáncer Infantil, incluyendo los benignos del SNC. Fuentes: CMBD, MEDORACYL, SIFCO, RETI-SEHOP, Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla-León. Cálculo de tasas ajustadas por método directo a población mundial (ASRw-casos/10⁶ niños/año, IC al 95%), comparadas mediante razón de tasas por edad, sexo y tipo tumoral con las publicadas por RETI-SEHOP y a nivel mundial por Steliarova-Focuhner y cols.

Resultados. Se registraron 631 casos (52,6 casos/año). Tumores más frecuentes: leucemias [155 (24,6%), 44,46 casos/10⁶ niños/año (37,67-52,21)], tumores del SNC [139 (22%), 39,98 casos/10⁶ niños/año (33,53-47,4)] y linfomas [96 (15,2%), 25,05 casos/10⁶ niños/año (20,24-30,75)]. Incidencia global de cáncer infantil: 176,67 casos/10⁶ niños/año (162,77-191,48), significativamente mayor a la nacional [154,1 casos/10⁶ niños/año (150,1-158,1)] y mundial [140 casos/10⁶ niños/año], $p < 0,05$. Entre las múltiples diferencias encontradas destacamos en nuestra serie mayor proporción e incidencia de linfomas en varones a cualquier edad ($p < 0,05$) y mayor incidencia de leucemias en niñas.

Conclusiones. Existen importantes diferencias en distribución e incidencia del cáncer infantil entre nuestra región y las series nacional y mundial, destacando mayor incidencia de cáncer global, de leucemias en niñas (hecho no descrito previamente en la literatura), así como mayor proporción de linfomas (en consonancia con otros países de la cuenca mediterránea); constituyendo el punto de partida de nuevas investigaciones etiopatogénicas del cáncer infantil.

CO-45. HIPOSPADIAS Y SUS COMPLICACIONES: NUESTRO SEGUIMIENTO, QUÉ CONOCEN LOS PEDIATRAS Y POSIBILIDADES DE MEJORA. Ángela Gómez Farpón, Cristina Pérez Costoya, Laura Fernández García, Diana Carolina Lara Cárdenas, Sarah Barnes Marañón, Agnes Molnar, Cristina Grannell Suárez, Víctor Álvarez Muñoz. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo. Analizar el seguimiento a largo plazo que el cirujano pediátrico y el pediatra de atención primaria ofrecen al paciente pediátrico intervenido de hipospadias.

Material y método. 1ª parte: Estudio analítico retrospectivo de los pacientes intervenidos de hipospadias con 14 años entre el 01.11.2016 y 31.01.2017. Se analizaron las variables relacionadas con la anatomía, cirugía, complicaciones postoperatorias, seguimiento, estudios (flujometría, test validados) y valoración pediátrica. 2ª parte: Estudio descriptivo observacional mediante encuesta a los pediatras de primaria del área IV con 10 preguntas sobre la valoración del niño sano y con hipospadias.

Resultados. 17 pacientes fueron intervenidos a los 23,5 meses de media (DE 9,83), el 88% distales. A la exploración, más de la mitad tenían recogida únicamente la posición del meato y el tipo de prepucio. Cuatro debieron reintervenirse (23,5%). En el 52,9% de los casos el seguimiento fue inferior al año. 20/27 pediatras respondieron al email. En la exploración del niño sano, los genitales se exploran sistemáticamente, pero el pene solo se valora en el 20% para descartar fimosis. Desde el punto de vista funcional, estético o psicológico, el 100% manifiesta no indagar al respecto. La mayoría (85%) refieren que sería útil una mayor formación en este tema.

Conclusiones. La descripción anatómica resulta insuficiente y se limita en muchos casos al meato. El seguimiento por el cirujano es muy escaso y generalmente no llega al año. Los pediatras no realizan una exploración sistemática del pene en la revisión y desconocen los aspectos que deben ser interrogados o explorados.

CO-46. MUERTES QUE SALVAN VIDAS: LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN PEDIATRÍA. María Luisa Palacios Loro, Andrés Concha-Torre, Silvia Álvarez Álvarez, Ana Vivanco Allende, Juan Mayordomo Colunga, Alberto Medina Villanueva, Sergio Menéndez Cuervo, Corsino Rey Galán. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. España es líder mundial en donación y trasplante de órganos. Sin embargo, la donación pediátrica desciende progresivamente (1,3% del total) por la disminución de mortalidad en accidentes de tráfico.

Objetivo. Describir las características de los donantes de órganos (DO) pediátricos en la UCI Pediátrica de un hospital de tercer nivel.

Métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo de los fallecidos que fueron DO. Revisión de base de datos y las historias clínicas de los fallecidos entre octubre 1995 y octubre 2017. Se analizaron datos demográficos, motivo de ingreso, diagnóstico de muerte encefálica (ME), estancia y complicaciones.

Resultados. De los 125 fallecidos en el período de estudio 18 (15%) fueron DO. 83% fueron varones con edad $82,2 \pm 65,07$ (2-183) meses y peso $29,47 \pm 21,25$ (3-70) kg.

Las causas de muerte fueron: 10 (55,5%) politraumatismo con trauma craneoencefálico (TCE), 3 (16,5%) hemorragia cerebral, 4 (22,5%) parada cardiorrespiratoria (PCR) y 1 causa metabólica (5,5%).

Respecto al mecanismo, 4 DO eran ocupantes de vehículos, 3 precipitados/caídas, 3 hemorragias cerebrales, 2 muertes por maltrato físico, 2 cardiopatías, 1 fulguración con PCR, 1 cetoacidosis diabética, 1 atropello y 1 ahogamiento.

El diagnóstico de ME se basó en la exploración clínica y el electroencefalograma. En la mitad se realizó también gammagrafía cerebral con ^{99m}Tc . En los últimos años la monitorización del índice bispectral (BIS) permitió anticipar la sospecha diagnóstica de ME.

La complicación más frecuente tras la ME fue la diabetes insípida. 3/4 partes de pacientes precisó soporte inotrópico durante el mantenimiento del donante. La estancia media en UCIP fue 3,38 días (1-12), mediana 1 día.

Comentarios. La causa más frecuente para la ME y la DO fue el TCE a través de diferentes mecanismos. La coordinación, la comunicación con el equipo de trasplantes y la formación del personal son pilares básicos para lograr un elevado porcentaje de donaciones entre los potenciales candidatos y disminuir el tiempo del mantenimiento hasta la extracción.

CO-47. SÍNDROME DE MELKERSSON ROSHENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. Elena Arteta Sáenz, María Pérez Rodríguez, Manuela Rodríguez Miguélez, Mónica Aguerrevere, Álvaro Fernando Mateos Benito, Diego Morante Martínez, Gabriela Bolea Muguruza, Montesclaros Hortiguela Saeta. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El síndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) o granulomatosis recidivante edematosa, es un trastorno neuromucocutáneo de baja prevalencia caracterizado por la tríada de parálisis facial periférica idiopática, lengua fisurada y edema orofacial recurrente. Con frecuencia se presenta como formas mono/oligosintomáticas dificultando el diagnóstico. La forma más frecuente de presentación es la queilitis granulomatosa de Miescher. La etiología es desconocida, aunque parece que la genética juega un papel importante. El diagnóstico es clínico e histopatológico; y el manejo sintomático, presentando en muchas ocasiones difícil control.

Caso. Presentamos el caso de una paciente de 8 años con antecedentes de parálisis cerebral infantil, que a los 3 años de edad presenta un primer episodio de parálisis facial periférica. Desde entonces presenta episodios recurrentes que ceden espontáneamente. A los 8 años de edad se asocia una queilitis biopsiada por el servicio de dermatología en la que se observan granulomas no caseificantes que apoyan el diagnóstico de SMR. No está descrita la relación de este síndrome con su patología de base.

Comentario. El SMR se trata de un trastorno neuromucocutáneo de baja incidencia, sin una etiología clara ni un tratamiento definido, aunque de buen pronóstico. El diagnóstico es complejo porque con frecuencia no se presenta la tríada clásica, lo que obliga a hacer diagnóstico diferencial con patologías como el angioedema hereditario, la sarcoidosis o las erisipelas recidivantes, entre otros.

CO-48. SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: POLIPOSIS HAMARTOMATOSA INTESTINAL INUSUAL EN NUESTRO MEDIO. Margarita Castro Rey, Sara González Uribelarrea, Laura Fraile García, Marta Palomares Cardador, Pablo López Balboa, Pablo López Casillas, José Manuel Marugán de Miguelsanz, Elisa González Obeso*, Alonso Vicente C. *Servicios de Pediatría y Anatomía Patológica*. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El síndrome de Peutz-Jeghers, de herencia autosómica dominante, es una poliposis hamartomatosa intestinal con una incidencia aproximada de 1 caso cada 120.000 recién nacidos vivos. Se produce por una mutación en el gen supresor tumoral *LKB1/STK11* localizado en el cromosoma 19p13.3.

Sus manifestaciones clínicas aparecen antes de los 20 años de edad y su diagnóstico definitivo se establece mediante estudio anatómo-patológico de los pólipos intestinales resecados.

Caso clínico. Mujer de 4 años, procedente de Bombay, con antecedentes de anemia ferropénica, en tratamiento con hierro oral. Consulta en Digestivo infantil por abdominalgia inespecífica y rectorragias de repetición. *Exploración física:* palidez cutánea y de mucosas. Lesiones puntiformes hiperpigmentadas periorales. Abdomen depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. No fisuras, fístulas, ni hemorroides. Tacto rectal sin hallazgos patológicos. Resto normal. *Pruebas complementarias:* *Colonoscopia-ileoscopia:* hiperplasia nodular linfoide con presencia de 5 pólipos pediculados en colon, se realiza polipectomía. *Anatomía patológica:* pólipos hamartomatosos de intestino grueso tipo pólipo juvenil con superficie ulcerada con tejido de granulación, compatibles con Síndrome Poliposis Intestinal tipo Peutz-Jeghers. *Evolución:* se realiza seguimiento con endoscopia digestiva alta y baja cada 2 años y polipectomía de las masas entre 5-15 mm.

Comentario. Los síndromes polipósicos juveniles heredables son raros, entre ellos el síndrome de Peutz-Jeghers que se caracteriza por la presencia de anemia, cuadros de invaginación recidivante y presencia de melanosis en cavidad oral. Estos pacientes precisan un seguimiento exhaustivo ya que tienen un riesgo 20 veces superior a la población de padecer tumores a nivel de múltiples órganos.

CO-49. SUPERVIVENCIA AL CÁNCER INFANTIL EN CASTILLA-LEÓN ENTRE LOS AÑOS 2003-2014. Rebeca Garrote Molpeceres¹, Elena Urbaneja Rodríguez¹, María Asunción Pino Vázquez¹, Pilar Gutiérrez Meléndez², Francisco Javier Álvarez Guisasaola¹, Hermenegildo González García¹. *¹Servicio de Pediatría y Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Observatorio de Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública de Castilla y León.*

Objetivos. El registro español de tumores infantiles (RETI-SEHOP) estima una supervivencia al cáncer infantil en Castilla-León menor de la observada a nivel nacional. Se realiza el estudio para confirmar/refutar esta afirmación.

Material/Métodos. Niños < 15 años residentes en Castilla-León con un primer diagnóstico de cáncer entre los años 2003-2014 según la 3ª Clasificación Internacional del Cáncer Infantil. *Fuentes:* CMBD, MEDORACYL, SIFCO, RETI-SEHOP, Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla-León. Confirmación de mortalidad a fecha del 31/12/2015 por el Instituto Nacional de Defunciones, aportando supervivencia global, final (SF), ≥ 3 y 5 años del

diagnóstico. Análisis de supervivencia acumulada mediante curvas de Kaplan-Meier (IC al 95%) y comparación mediante *test Log-rank* según tipo tumoral, edad y sexo. Comparación con series nacional (RETI-SEHOP) e internacionales.

Resultados. Se registraron 631 casos, 101 (16%) fallecidos. Mediana de seguimiento: 5,88 años (2,33-8,5). Supervivencia global de la serie: 81% (76,7-84,6), a ≥ 3 años 85% (82,9-86,8) y ≥ 5 años 84% (79,6-87,5). Los grupos tumorales con mayor porcentaje de mortalidad fueron tumores hepáticos [50%, SF: 47% (11,6-76)], del SNC [28,1%, SF: 62% (46,8-74)], óseos [24,4%, SF: 72% (52,9-84,4)] y leucemias [24,8%, SF: 83 (76,1-88)]. Leucemias mieloblásticas mostraron peor SF [69% (45-89,1)] del tipo leucemias, así como tumores PNET dentro del SNC [50% (29,5-67,5)], $p < 0,05$. Sin diferencias por sexo. Por edad, a mayor edad menor SF frente leucemias por incremento de las mieloblásticas, $p < 0,05$.

Conclusiones. Nuestra serie presentó una supervivencia global igual o ligeramente superior a la nacional (83% a ≥ 5 años), semejante a la de otros países desarrollados, demostrando la infraestimación de supervivencia de RETI-SEHOP para nuestra comunidad.

CO-50. TRASTORNOS POR SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Margarita Castro Rey, Sara González Uribe, Laura Fraile García, Rebeca Garrote Molpeceres, Elena Urbaneja Rodríguez, María Soraya Geijo Uribe. *Servicios de Pediatría y Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Los síntomas somáticos o quejas recurrentes aumentan su prevalencia a medida que el paciente pediátrico crece, llegando a padecerlos hasta aproximadamente un 50% de los adolescentes. Por ello es necesario tenerlos en cuenta ante la presencia de síntomas físicos sin evidencia de patología orgánica subyacente.

Caso 1. Mujer, 13 años. Antecedentes familiares de litiasis renal. Refiere abdominalgia de tipo cólico de predominio en fosa renal derecha de 1 año de evolución. *Pruebas complementarias:* urianálisis, urocultivos, ecografía abdominal, radiografía abdomen y urografía normales. Valorada por Psiquiatría Infantil con diagnóstico trastorno de somatización.

Caso 2. Mujer, 10 años. Sin antecedentes de interés. Refiere desde hace 2 semanas episodios de síntomas vasovagales, seguidos de pérdida de conocimiento, con realización de movimientos espasmódicos de las 4 extremidades; presentando resolución espontánea del cuadro con somnolencia posterior. *Pruebas complementarias:* Ax sanguínea, controles hormonales, RMN cerebral, EEG, ECG: normales. Valorada

por Psiquiatría Infantil con diagnóstico de trastorno conversivo con pseudocrisis tras ruptura sentimental.

Caso 3. Mujer, 12 años, asma de esfuerzo. Refiere desde hace 1 año tos seca, prurito y sensación de cuerpo extraño faríngeo, síntomas que empeoran a lo largo del día y mejoran los fines de semana. *Pruebas complementarias:* espirometría, endoscopia, fibrobroncoscopia, TAC cérvico-torácico: normales. Valorada por Psiquiatría Infantil con diagnóstico de trastorno de somatización tras separación de sus padres.

Conclusiones. El diagnóstico de los trastornos psicósomáticos se basa en excluir patología orgánica. Es importante realizar un diagnóstico precoz para evitar realizar pruebas innecesarias y optar por un manejo multidisciplinar conjunto con Psiquiatría Infanto-juvenil.

CO-51. TRATAMIENTO DE LAS ANOMALÍAS VASCULARES DE BAJO FLUJO MEDIANTE ESCLEROSIS CON BLEOMICINA. Isabel Simal¹, Vanesa Gómez-Dermít², Ana Rosa Tardaguila¹, Antonia J. López López¹, Inmaculada Fernández¹, Ernesto M. De Diego García¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. La alta incidencia de las anomalías vasculares de bajo flujo ha permitido un gran desarrollo en el tratamiento de las mismas. Dentro del arsenal terapéutico, la esclerosis con bleomicina resulta una herramienta efectiva, más aún si se realiza bajo control ecográfico, pudiendo realizarse como tratamiento único o como adyuvante.

Material y métodos. Presentamos 8 casos de anomalías vasculares de bajo flujo tratados con bleomicina. Describimos el tipo de anomalía, la localización, el tratamiento y las complicaciones.

Resultados. Se trata de cuatro casos de malformaciones linfáticas y cuatro venosas, con edades comprendidas entre los 7 meses y los 15 años. El tratamiento se realizó bajo anestesia general y con control ecográfico gracias a la colaboración con el Servicio de Radiología, realizando vaciado previo en el caso de las malformaciones linfáticas. Se infiltró un máximo de 15mg de bleomicina por sesión. No hubo complicaciones postoperatorias, salvo un único paciente que presentó una importante reacción inflamatoria local auto-limitada con buena evolución posterior. En todos los casos se consiguió mejoría de la sintomatología con apreciable reducción de volumen en los casos superficiales.

Conclusiones. La esclerosis con bleomicina ha demostrado ser una buena opción terapéutica en el tratamiento de anomalías vasculares de bajo flujo, siendo efectiva y con muy pocas complicaciones. Realizándose un control ecográfico, la seguridad y la efectividad es mayor.