

Comunicaciones Orales

Viernes 10 de noviembre - Sala 1: Aula Luis de Mercado

Moderadores: Roberto Velasco Zúñiga y
Lorenzo Guerra Díez

PRESIÓN ASISTENCIAL DE LA DEMANDA DERIVADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Santos Lorente C, Justel Rodríguez M, Anso Mota M, Gómez Arce A, Pérez González D, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. *Urgencias Pediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La valoración clínica en atención primaria y a nivel hospitalario debe ser coordinada y complementaria, garantizando una adecuada asistencia y tratamiento de aquellas patologías que pueden necesitar de los medios que aporta el sistema hospitalario.

Objetivos. Analizar y cuantificar la presión asistencial generada por la derivación de pacientes desde Atención Primaria.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de visitas urgentes que acuden remitidas desde Atención Primaria del 01/10/16 al 31/03/17. Datos obtenidos del registro del Servicio de Admisión mediante protocolo habitual hospitalario. Clasificados por sexo, nivel de triaje. Analizado tiempo de espera pre-valoración y de estancia global urgente, tasa de derivación a otra especialidad e ingreso hospitalario. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados. Seleccionados 2.249 episodios urgentes (corresponde al 11,52% de las urgencias valoradas: 19.522). Niños 53,5%, niñas 46,5%. Edad media de 6,58±4,95 años, mediana 6 años. Niveles de triaje según predominancia: nivel 4 (43,6%), nivel 5 (31,1%), nivel 3 (20,9%), nivel 2 (4,4%) y nivel 1 (0,1%). Media de tiempo de espera 20,92±25,27 minutos (mediana 12 minutos). Media de tiempo de estancia en Urgencias 109,58±81,78 minutos (mediana 90 minutos). Fueron derivados a otra especialidad 341 pacientes (15,2%), siendo el 51,3% a Traumatología, seguido de Oftalmología (17,9%), Otorrinolaringología (10,9%), Cirugía Pediátrica (8,2%) y Cirugía Maxilofacial (6,2%) y en menor medida a otras especialidades. Precisarón ingreso 253 pacientes (11,7%), 143 en planta de hospitalización o Unidad Neonatal, 108 en Unidad de Corta Estancia Pediátrica y 2 de ellos en Cuidados Intensivos.

Conclusión. La demanda asistencial generada por Atención Primaria representa una parte significativa de la asistencia en Urgencias, ya que 1 de cada 10 niños atendidos procede de un Centro de Salud y con niveles de clasificación estables. La mayoría de los procesos son resueltos en la propia unidad en tiempo adecuado, y en menor porcentaje precisa por sus características la intervención de otro especialista.

NUEVAS COMPETENCIAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. HOSPITAL DE DÍA. Justel Rodríguez M, Gutiérrez Buendía D, Santos Lorente C, Cabero Pérez MJ, Guerra Díez JL, Santos Lorente C, Gómez Arce A, Álvarez Granda L. *Urgencias Pediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La utilización de nuevos fármacos de aplicación hospitalaria requiere de espacios que garanticen la seguridad y confort de pacientes y familiares. En nuestro medio la inauguración de las nuevas instalaciones de urgencias y corta estancia ha permitido adquirir la competencia de "hospitalización de día" como elemento clave en la práctica clínica diaria de nuestra unidad.

Objetivo. Analizar la actividad clínica codificada como hospitalización de día, tras la inauguración de la nueva urgencia de pediatría. Establecer la subespecialidad pediátrica de procedencia y tiempo de estancia consumido.

Método. Estudio descriptivo retrospectivo de los episodios de hospital de día atendidos desde mayo hasta diciembre de 2016, clasificados por edad, sexo y procedimiento aplicado.

Resultados. Seleccionados 66 episodios (1 episodio cada 5 días), corresponde a 29 pacientes. El 45,5 niños, 54,5 niñas. Edad media 8,18 (Desviación Estándar -DE- 4,48) años, mediana 10 años. Los diagnósticos más frecuentes de ingreso fueron: enfermedad inflamatoria intestinal, asma grave y enfermedades reumatológicas. Los procedimientos realizados fueron: a) administración de fármacos (cananikumab, infliximab, tocilizumab, gammaglobulina, pamidronato, bisoprolol); b) vacunación. Los episodios son generados principalmente desde Gastroenterología (21,2%), reumatología (21,2%), respiratorio (18,2%) y Atención Primaria (15,2%) En 4 episodios era la primera administración. No se observaron reacciones adversas. La estancia media fue de 4,52(DE 4,62) horas, mediana de 3,5 horas. La mayor estancia se constató en un cambio de medicación de propranolol a bisoprolol (16 horas), seguido de la administración de gammaglobulina y pamidronato. Respecto a la vacunación el motivo de administración fue por alergia al huevo, alergia a gelatina en vacuna y episodio previo sincopal tras administración previa.

Conclusión. La inclusión del hospital de día en la Unidad de Urgencias de Pediatría y corta estancia puede constituir una localización óptima para el desarrollo de una hospitalización de día. En nuestro medio no ha supuesto un aumento considerable de la carga asistencial, realizándose en la mayoría de los casos un procedimiento de administración de fármacos hospitalarios con alto coste y complejidad. Queda pendiente la realización de un estudio de calidad percibida y satisfacción por parte del paciente y familiares.

FACTIBILIDAD DEL TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Manuel M, González P, Pérez A, Velasco R. Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivo. Evaluar la factibilidad de un sistema de triaje avanzado realizado por personal enfermero

Métodos. Estudio observacional prospectivo que incluye pacientes atendidos en la Unidad de urgencias de Pediatría de un hospital secundario del 15/6/2017 al 27/9/2017 por alguno de los siguientes motivos de consulta: dolor, dificultad respiratoria, disuria, síndrome miccional, hematuria, dolor torácico, fiebre, vómitos, traumatismo de extremidad o ingesta de cuerpo extraño. Con cada uno de los pacientes incluidos el personal de Enfermería (DUE) en triaje anotó en un formulario estandarizado si realizaría determinadas pruebas complementarias o administraría ciertos tratamientos, en función del motivo de consulta. Posteriormente, se revisó en la historia clínica del paciente la actuación correspondiente de la pediatra que atendió al paciente. Los pediatras no tenían acceso al formulario antes de atender al paciente. Se analizó la concordancia entre la decisión de Enfermería y Pediatría mediante el índice kappa.

Resultados. Se incluyen 786 pacientes, el 52,3% varones, con una mediana de edad de 36 meses (RIC 18-84). Un total de 20 DUE participaron en el estudio, con una mediana de pacientes por DUE de 62 (RIC 42-86).

| Motivo de consulta | DUE | Pediatra | Kappa |
|---|---------|----------|-------|
| Analgesia en dolor | 115/208 | 91/208 | 0,58 |
| Oxígeno en dificultad respiratoria | 5/29 | 6/29 | 0,89 |
| Tira de orina en disuria, sd. miccional o hematuria | 44/45 | 41/45 | 0,38 |
| EKG en dolor torácico | 11/11 | 10/11 | - |
| Antitérmico en fiebre | 98/344 | 85/344 | 0,8 |
| Solución de rehidratación oral en vómitos | 97/151 | 88/151 | 0,79 |
| RX en ingesta cuerpo extraño | 4/6 | 4/6 | 1 |
| Glucemia capilar en síncope | 5/5 | 5/5 | - |
| EKG en síncope | 5/5 | 5/5 | - |
| Analgesia en trauma extremidad | 1/2 | 1/2 | 1 |
| RX en trauma extremidad | 0/2 | 0/2 | - |

El índice kappa global entre las decisiones en triaje de Enfermería y las tomadas por Pediatría fue de 0,753 (IC 95% 0,707 – 0,799), con un acuerdo global del 87,8%.

Conclusión. Los resultados sugieren que las decisiones tomadas por el personal de Enfermería en un triaje avanzado concuerdan en alto grado con las tomadas por el personal de Pediatría durante la atención al paciente en Urgencias.

SIBILANCIAS EN URGENCIAS. NO TODO ES ASMA. Navarro Campo S, Martín Ramos S, Méndez Sánchez A, Pérez Basterrechea B, Nonide Mayo L, Megido Armada A, Oreña Ansorena VA, Gutiérrez Martínez JR. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. La disfunción de cuerdas vocales (DCV) es un trastorno caracterizado por un movimiento paradójico de las cuerdas vocales que se traduce en aparición brusca de disnea, estridor inspiratorio y sensación de bloqueo a la entrada de aire. Los pilares diagnósticos son la laringoscopia directa, el aplanamiento inspiratorio en la curva flujo-

volumen y la normalidad gasométrica. La fisioterapia y las técnicas de relajación son medidas terapéuticas claves, precisándose puntualmente ventilación mecánica no invasiva o heliox.

Material y métodos. **Caso 1.** Mujer de 12 años trasladada en UVI móvil por cuadro brusco de disnea, movimientos clónicos de extremidades derechas que ceden con autosujección y ansiedad. Constantes normales y exploración física anodina. Antecedentes de epilepsia tipo ausencias y cinco episodios de disnea (dos requirieron ingreso). ECG y analítica normal. Nasofibroscopia de urgencia con objetivación de cierre glótico inspiratorio. Evolución posterior favorable. **Caso 2.** Varón de 10 años asmático, con episodio de disnea y estridor mientras jugaba en el colegio. Administración de broncodilatadores y corticoides en su centro de salud sin mejoría. A su llegada a urgencias, estridor inspiratorio y espiratorio, disfonía y bamboleo abdominal, que persiste tras nebulización de adrenalina. Realización de nasofibroscopia visualizándose movimiento de adducción en inspiración. Cese del cuadro tras tratamiento con bromuro de ipratropio y ansiolítico (clorazepato dipotásico).

Resultados y conclusiones. La DCV es una patología infradiagnosticada y frecuentemente confundida con el asma. Ante sibilancias recurrentes con mala respuesta a tratamiento broncodilatador y corticoideo, debemos incluirla en el diagnóstico diferencial. La detección precoz evitará tratamientos innecesarios y permitirá llevar a cabo un manejo óptimo.

DIFERENCIAS EN EL USO DE LA RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO EN NIÑOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EUROPEO. Velasco R¹, Fernández S², González J³, Alcalde M⁴, Obieta A⁵, Piñol S⁶, Parri N⁷. ¹Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ³Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao, Bizkaia. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. ⁶Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ⁷Department of Emergency Medicine and Trauma Center. Meyer University Children's Hospital. Italy.

Objetivo. Describir en la práctica clínica la variación en el uso de radiografía de cráneo para el traumatismo craneoencefálico leve (TCEL) en un grupo de hospitales miembros de REPEM.

Métodos. Subanálisis de un estudio retrospectivo multicéntrico que incluye 15 hospitales de 9 países europeos. Incluidos pacientes de hasta 18 años con TCEL (definido por una escala de Glasgow Coma Scale (GCS) \geq 14) entre 11/1/2012 y el 31/12/2014. Para estratificar el riesgo de lesión intracraneal clínicamente importante (LICci) se utilizaron las reglas publicadas por PECARN.

Resultados. En el estudio principal fueron incluidos 13.266 pacientes, de los cuales 10.109 (76,8%) tenían TCEL. La prevalencia de LICci fue 79/10.109 (0,77%). Se solicitó radiografía de cráneo en 2.762 (27,3%) pacientes (Figura 1). Cincuenta y cuatro (19,6%) tenían fractura de cráneo en la radiografía. En 27 (50%) el TAC craneal confirmó la presencia de LICci. Trece (48,1%) de los pacientes presentaron lesiones intracraneales asociadas o no a fractura de cráneo, mientras que 14 (51,9%) tuvieron una fractura de cráneo aislada. Veintuno (77,8%) de los pacientes con radiografía patológica y LICci en el TAC fueron clasificados como riesgo intermedio o alto para LICci. Tres (11,1%) precisaron cirugía debido a las lesiones intracraneales. Analizando tan solo a los pacientes de bajo riesgo de LICci según las reglas de PECARN, se realizó radiografía de cráneo a 1.933 (28,9%) pacientes, demostrando fractura en 12 (0,62%) pacientes. Tres (0,16%) de ellos tuvieron LICci asociada (todos fractura de cráneo aislada). En la tabla I se muestran las variables asociadas de forma independiente a la realización de radiografía.

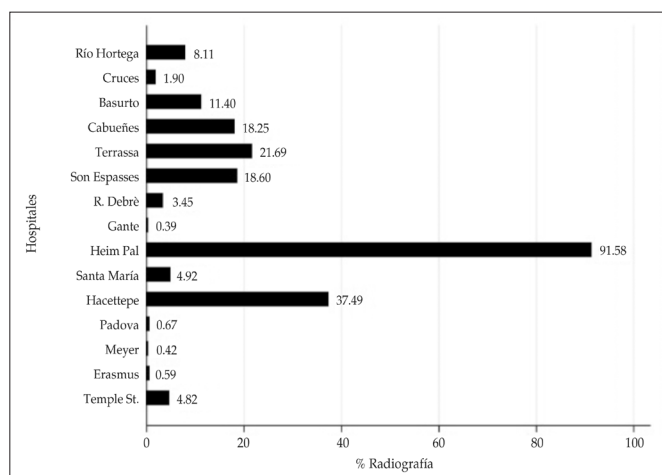


Figura 1. Porcentaje de radiografía de cráneo realizada en cada hospital

TABLA I. VARIABLES ASOCIADAS A LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO A UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE (AJUSTADO POR HOSPITAL)

| Variable | OR | IC95% |
|---------------------------------|------|-------------|
| Riesgo de LICci intermedio/alto | 1,34 | 1,13 – 1,6 |
| Cefalohematoma frontal | 2,05 | 1,67 - 2,51 |
| Cefalohematoma parietal | 4 | 2,9 – 5,52 |
| Cefalohematoma temporal | 3,03 | 1,76 – 5,22 |
| Cefalohematoma occipital | 2,68 | 1,96 – 3,66 |

IC95%: intervalo de confianza al 95%; LICci: lesión intracraneal clínicamente importante; OR: odds ratio

Conclusión. Aunque el bajo valor diagnóstico no justifica su uso, la radiografía de cráneo es comúnmente solicitada para el manejo de los pacientes con TCE menor en un grupo significativo de pacientes que acude a los Servicios de Urgencias de REPEM. Se demuestra una extensa variabilidad en el uso de la radiografía de cráneo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN TRAUMA CRANEAL: ¿SIEMPRE NECESARIAS? Di Tata Francia C¹, Carranza Ferrer J, Abad Arevalillo S¹. ¹Pediatría. Centro de Salud de Cantalejo. Segovia. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias pediátricas (SU), siendo los menores de 2 años el grupo más susceptible de presentar lesión intracraneal (LI). La exploración física, la escala de Glasgow y la biomecánica del trauma constituyen los pilares básicos que estratifican al paciente en función del riesgo de presentar LI. Desde la existencia de Unidades de Observación en los SU, las indicaciones de realizar pruebas de imagen que clásicamente recomendaban guías clínicas como la PERCARN o la AEPED han sido reservadas para aquellos TCE de alta energía que presentan exploración neurológica alterada o signos externos de lesión ósea.

Caso clínico. Lactante mujer de 15 meses, sin antecedentes de interés, que consulta en el SU por caída desde 1 metro de altura y TCE en región occipital sin pérdida de conciencia. Asoció un vómito inmediato. Presenta una exploración neurológica normal y un cefalohematoma occipital como único hallazgo, sin crepitación ni resaltes óseos. No se

realizaron exámenes complementarios siendo dada de alta a domicilio. Consulta a los 15 días en su pediatra por presentar depresión ósea localizada en la zona del impacto encontrándose asintomática. A la exploración presenta una depresión redondeada de 2x2 cm en hueso occipital, sin signos de focalidad neurológica. Se solicita radiografía de cráneo donde se visualiza una imagen compatible con fractura hundimiento, confirmándose los hallazgos mediante tomografía craneal (TC). Se descartan colecciones hemorrágicas u otro tipo de lesión intracraneal. Seguimiento actual por Neuropediatría con evolución favorable.

Discusión. La detección de LI continúa siendo un reto diagnóstico en aquellos pacientes con antecedente de TCE y exploración neurológica normal. La radiografía simple de cráneo ha demostrado no ser una herramienta útil en el manejo inicial de estos pacientes dado el pobre valor predictivo para LI (sensibilidad 38%). La TC continúa siendo el Gold Standard para el diagnóstico de LI, sin embargo su uso ha de quedar restringido para aquellos casos con fractura craneal abierta, Glasgow < 14 o signos de focalidad neurológica, dado el alto riesgo de malignidad que supone la radiación ionizante acumulativa para el tejido cerebral en desarrollo. Varios estudios han sugerido la ultrasonografía para el diagnóstico de fractura craneal con elevada especificidad y valores predictivos negativos. Sin embargo, son necesarios estudios que evalúen la ultrasonografía en asociación con las recomendaciones clínicas actuales para determinar si la incorporación de la misma como modalidad diagnóstica ayudaría a disminuir el empleo de exploraciones de TC para el diagnóstico de LI en la población pediátrica.

RECHAZO DEL ALIMENTO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. ¿APORTA ALGO EL SISTEMÁTICO DE ORINA? Palacio Tomás L, Díez Monge N, Velasco Zúñiga R, Salamanca Zarzuela B, Mena Huarte J, Pérez Gutiérrez E, Aguiar Jar P, Centeno Malfaz F. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Describir las características de los niños con rechazo del alimento que acuden a Urgencias de Pediatría. Valorar la rentabilidad de la analítica de orina

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los niños que acudieron a Urgencias de Pediatría en el Hospital Universitario Río Hortega y cuyo motivo de consulta fue el rechazo de tomas (código 307.59 según codificación diagnóstica de SEUP adaptado de CIE-9) entre los años 2015 y 2016 mediante una revisión de las historias clínicas digitalizadas.

Resultados. En el periodo de estudio se atendieron 46.361 niños en urgencias. El motivo de consulta fue rechazo de tomas en 145 pacientes (1,56/1.000 pacientes/año), con una mediana de edad de 2 meses (P25-P75: 1-5). El 88,2% eran menores de un año. Los niños a los que en el triaje se les asignó una prioridad II/III tuvieron más probabilidad de ingreso que los que tuvieron una prioridad IV/V (7,14% vs 0,97%), una vez ajustado por la edad como posible variable de confusión (OR: 13,4 [0,86-208,6]). Se realizó analítica sanguínea en 7 (4,8%) niños, sin alteraciones relevantes en ninguno de ellos. La prueba complementaria más solicitada fue el sistemático de orina en 39 (26,9%) niños, 3 de los cuales presentaron un test de leucoesterasa positivo. Ninguno de ellos tuvo un urinocultivo positivo. Cuatro (2,8%) pacientes fueron hospitalizados. Los diagnósticos al alta fueron diversos, destacando la patología respiratoria asociada con un 21,4%, seguido de la digestiva con un 16%. Las consultas sobre técnica de alimentación supusieron el 10,7%. La mediana de tiempo de estancia en Urgencias fue de 86 min (P25-P75: 47-141).

Conclusiones. El rechazo de la alimentación es un motivo poco frecuente de consulta en urgencias de pediatría. El rendimiento de las pruebas complementarias, incluido el sistemático de orina fue ínfimo por lo que deberíamos tenerlo en cuenta en el manejo de este síntoma.

DOLOR TORÁCICO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA. *Cebrián Fernández R, Salamanca Zarzuela B, Torres Aguilar L, Mena Huarte J, Polanco Zea PM, Alcalde Martín C, Velasco Zúñiga R, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes en edad pediátrica que han consultado en urgencias por dolor torácico.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes vistos en urgencias de pediatría (UP) entre el 1 de Enero de 2013 y el 31 de Julio de 2017. Los datos se extrajeron de la base de datos del sistema codificación de la UP y de las historias clínicas de los pacientes.

Resultados. Durante el periodo de estudio 540 pacientes consultaron por dolor torácico. La edad media fue de 9 años (DE 2,9). En el 7,41% (n: 40) se realizó hemograma, en 7,78% (n: 42) bioquímica, en el 1,3% (n: 7) coagulación, en el 1,11% (n: 6) glucemia capilar, en 1,11% (n: 6) analítica de orina y en el 0,19% tóxicos en orina (n: 1). En el 23,9% de los casos se realizó radiografía de tórax (n: 129) y ecografía en el 1,30% (n: 7). El electrocardiograma se realizó en 362 casos (67%), resultando patológico en 7 pacientes, todos por la presencia de extrasístoles aisladas. En cuanto a tratamiento: 0,37% (2) precisaron oxigenoterapia, 1,67% (9) aerosolterapia, 0,56% (3) rehidratación oral y 1,11% (6) infusión de líquidos i.v. La etiología fue en 31,23% (163) de índole traumática, en 30,46% (159) se consideró idiopática, 12,45% (65) digestiva, 11,88% (62) respiratoria, 5,56% (29) infección extratorácica, 5,17% (27) ansiedad, 1,34% (7) cardiológica y 1,92% (1,34) por otras causas. La edad media según el tipo de etiología varía desde los 6,8 años (D.E 2,8) de los cuadros infecciosos extratorácicos hasta los 10,6 meses (D.E 2,4) de los pacientes con extrasístoles ($p < 0,05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las distintas etiologías según el sexo. Un 86,3% (n: 416) recibieron alta directa, el 13,5% (n: 65) alta tras observación y tan solo un caso, que correspondía a una impactación de alimento precisó ingreso.

Conclusiones. El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente que genera gran ansiedad al paciente y su familia. Dado que la etiología es diversa, es fundamental una correcta anamnesis y una correcta exploración física para filiar su origen y evitar pruebas complementarias innecesarias. Los datos extraídos de nuestro estudio confirman que en la mayoría de los casos en los que el dolor torácico es el motivo de consulta, se trata de una patología banal.

ANÁLISIS DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAÍDOS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. *Mena Huarte MJ, Palacio Tomás L, Pérez Gutiérrez E, Campo Fernández N, Torres Aguilar L, Cebrián Fernández R, Andrés de Álvaro M, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivo. Los hemocultivos son una técnica diagnóstica importante utilizada en los pacientes con sospecha de bacteriemia. El objetivo de esta revisión es analizar los resultados de los hemocultivos extraídos en la urgencia pediátrica de nuestro hospital y conocer las principales características de aquellos en los que hubo crecimiento bacteriano.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de las historias clínicas digitalizadas de pacientes con edad inferior a 14 años a los que se les extrajo hemocultivo (HC) en urgencias de pediatría entre el 1 de marzo de 2015 y el 31 de diciembre de 2016.

Resultados. Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 42.041 pacientes y se extrajeron 594 HC (1,4%) con una tasa de incidencia de 14 HC por cada 1.000 consultas, de los cuales 309

fueron varones (52%), siendo la mediana de edad 17 meses (rango intercuartílico 44). Se evidenció crecimiento bacteriano en 49 casos (8,2%), considerándose contaminantes 40 (82%) y verdaderos positivos 9 (18%). La rentabilidad diagnóstica fue 1,5%, la tasa de bacteriemia 0,21 por cada 1.000 consultas y la tasa de contaminación 6,7%. Los 9 episodios de bacteriemia corresponden a 9 niños, con una mediana de edad de 8 meses (rango intercuartílico 45), siendo 5 de ellos (5/9, 56%) menores de 12 meses. Dos pacientes (2/9, 22%) presentaban patología de base: reflujo vesicoureteral grado IV y cardiopatía congénita no compleja. No habían recibido ninguna dosis de vacuna antineumocócica 5 pacientes (5/9, 56%). Los principales motivos de extracción de HC fueron la sospecha de enfermedad bacteriana invasiva en 3 casos (3/9, 33,5%) y el estudio de fiebre sin foco en menores de 3 meses en otros 3 (3/9, 33,5%). Se decidió ingreso en 8 pacientes (8/9, 89%) precisando dos de ellos (2/9, 22%) derivación a UCI. En todos los niños al ingreso se pautó antibioterapia intravenosa. Uno de los pacientes fue dado de alta desde urgencias sin tratamiento. *Staphylococcus aureus* fue el aislamiento microbiológico predominante (3/9, 33,5%) seguido de *Enterococcus faecalis* (2/9, 22%) siendo este el microorganismo aislado en el paciente que no ingresó. *Staphylococcus coagulasa negativo* fue el patógeno más frecuente del grupo de los HC considerados como contaminantes.

Conclusiones. La extracción de HC en el servicio de urgencias es una práctica común. En nuestra revisión la cifra de HC solicitados fue menor que las descritas en otros estudios nacionales, la rentabilidad diagnóstica similar pero con una tasa de contaminación alta y una incidencia de bacteriemia más baja. Al contrario que en otros estudios pediátricos, el principal microorganismo aislado no fue *Streptococcus pneumoniae* sino *Staphylococcus aureus*, a pesar de que más de la mitad de los pacientes con HC positivo no estaban vacunados. Se constata que el impacto de la positividad del HC en la actitud terapéutica fue limitado ya que la mayoría ya había recibido antibiótico empírico previo a recibir el resultado. A pesar de ello consideramos indicado continuar solicitándolo.

¿CUMPLIMOS LAS INDICACIONES DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA? *Mena Huarte MJ, Palacio Tomás L, Pérez Gutiérrez E, Campo Fernández N, Librán Peña A, Polanco Zea PM, Torres Aguilar L, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivo. El hemocultivo (HC) es la técnica de referencia para el diagnóstico de bacteriemia y una de las pruebas complementarias más solicitadas en Urgencias de Pediatría. Sin embargo, hasta hace poco las indicaciones de extracción de HC no estaban estandarizadas y dependían de los criterios del profesional sanitario. El objetivo de este estudio es analizar en nuestro centro, el cumplimiento de las indicaciones de extracción de HC según la guía práctica de recomendación del grupo SEUP/SEIP publicada recientemente.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de las indicaciones de extracción de hemocultivo en la unidad de urgencias pediátricas de nuestro hospital en pacientes con edad menor a 14 años entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016 basándose en la revisión de las historias clínicas digitalizadas.

Resultados. Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 23.269 pacientes y se realizaron 300 hemocultivos (1,3%, 12,8 hemocultivos por 1.000 consultas). La mediana de edad de los pacientes a los que se indicaron hemocultivos fue de 19 meses (rango intercuartílico 51), siendo 151 mujeres (50,5%). En 24 casos hubo crecimiento bacteriano (8%), considerándose contaminantes 22 (92%) y verdaderos positivos 2 (8%). La rentabilidad diagnóstica fue de un 0,7%, y la tasa de contami-

nación de un 7.3%. De los grupos de recomendación establecidos por la guía (A: extracción recomendada; B: extracción a considerar; C: no extracción de rutina) 241 (80,3%) se extrajeron siguiendo una recomendación A y 22 (7,3%) siguiendo una B. La indicación más frecuente fue la sospecha clínica de sepsis, shock séptico o shock tóxico en 62 casos (20,6%), seguido por el estudio de fiebre sin foco en el lactante menor de 3 meses en 60 pacientes (20%), ambos en el grupo de recomendación A. En un total de 37 pacientes (12,3%) la extracción no estaba indicada. El motivo más frecuente en este grupo fue la fiebre sin foco en los lactantes mayores de 3 meses, con buen estado general y vacunación antineumocócica completa.

Conclusiones. Las recomendaciones para la extracción de HC en la urgencia pediátrica han cambiado en los últimos años debido entre otros motivos a las nuevas vacunas, al aumento de pacientes inmunodeprimidos y de portadores de catéteres vasculares. Es importante seleccionar las indicaciones de extracción de HC a pacientes con elevado riesgo de bacteriemia. La guía de práctica clínica a la que hacemos referencia es una estrategia útil para disminuir la variabilidad en la realización de HC. Siguiendo las recomendaciones de dicha guía, en nuestro análisis, un porcentaje elevado de HC se indicaron de forma correcta y con un nivel de recomendación alto, sin embargo, consideramos importante, a tenor de los resultados, mejorar la selección de pacientes a los que se les indica un HC en el grupo de lactantes mayores de 3 meses con fiebre, buen estado general y adecuada vacunación antineumocócica.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONSULTAS POR QUEMADURAS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA. *Sánchez Moreno M, Torres Aguilar L, Salamanca Zarzuela B, Campo Fernández N, Benito Pastor H, Mena Huarte MJ, Polanco Zea PM, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Las quemaduras son la causa más frecuente de lesión traumática en menores de cinco años y la tercera causa de muerte accidental en la edad pediátrica. Debido a la gravedad que pueden conllevar tanto a nivel agudo como crónico supone un tema de especial relevancia.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes que acudieron a la Unidad de Urgencias Pediátricas por quemaduras desde Enero de 2013 a Julio de 2017.

Material y métodos. Estudio descriptivo analítico retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes que consultaron por quemaduras en la Urgencia Pediátrica en este período.

Resultados. Se atendieron 95 pacientes con estos criterios. El 50,6% fueron mujeres. La media de edad fueron 46,21 meses siendo la edad mínima de 1mes. En un 7,8% fueron por causa eléctrica, en el 2,6% por cáusticos, en el 1,3% por frío, en un 2,6% el mecanismo fue desconocido y en el resto de los casos se produjeron por calor. El mecanismo más frecuente fue la quemadura por contacto con una superficie caliente (55,7%) siendo la mano la región corporal más afectada (41,7%). El 4,1% de los pacientes presentó una afectación de la superficie corporal superior al 10%. Se registraron quemaduras de segundo grado en más de la mitad de los casos y en menos del 10% de los pacientes fue necesaria la fluidoterapia. Se realizó interconsulta a cirugía plástica en 20 de ellos. 8 pacientes precisaron ingreso, 1 de ellos en UCIP.

Comentarios. Las quemaduras continúan siendo un motivo frecuente de consulta en urgencias de pediatría y son importantes dado el dolor, el riesgo y las secuelas tanto funcionales como estéticas que conllevan. Son prevenibles, por lo que es necesario incidir en medidas de educación sanitaria y filiar de forma precisa el mecanismo de las mismas, ya que en ocasiones pueden ser sugerentes de maltrato.

TOS FERINA: VISIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS. *González Uribe Larrea S., Torres Ballester I, Carranza Ferrer J, Fraile García L, Castro Rey M, López Casillas P, Izquierdo Herrero E, Justo Vaquero P. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Desde el 2010 se asiste en nuestro país a un incremento en los casos confirmados de tosferina sobre todo en lactantes menores de 3 meses que presentan, por otro lado, las formas clínicas más graves. La inmunidad tras la primera dosis de la vacuna a los 2 meses no se alcanza hasta pasadas varias semanas y esta decrece tras un periodo de 4 a 7 años. Para alcanzar una protección suficiente en los primeros meses de vida, desde el 2015 se recomienda la vacunación en gestantes. Este hecho ha condicionado la adaptación del calendario de vacunación en nuestra Comunidad Autónoma al no garantizarse el suministro de la dosis de los 6 años. Presentamos las características clínicas y epidemiológicas de los casos de tosferina atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas durante el último año.

Casos. Acudieron 30 pacientes con síndrome pertusoides, 2 con edad inferior a los 3 meses. El diagnóstico de tosferina se estableció ante un cuadro de tos de cualquier duración y PCR positiva de bordetella en muestra de aspirado nasofaríngeo. Se confirmaron 13 casos, de los cuales 12 (92%) fueron positivos para *B. pertussis* y uno para *B. parapertussis*. La mediana de edad al diagnóstico fue de 10.5 años (rango 3 meses-13 años), predominando el sexo femenino (8:5). El síntoma cardinal fue la tos en accesos, presente en todos los casos y necesaria para el diagnóstico. Siete pacientes asociaron vómitos y la fiebre no estuvo presente en ningún caso. El 84% se diagnosticó en fase paroxística, con duración media de la tos de 17,5 días. No se realizó radiografía de tórax a ningún paciente. El 5,4% (6) refirió ambiente epidémico escolar y 2 niñas pertenecían a la misma familia. Se comprobó la cobertura vacunal que alcanzó el 76% en el primer año, un 76% el segundo año y un 76% la dosis de recuerdo de los 6 años. No se pudo comprobar el calendario vacunal de tres de los pacientes en el momento de la consulta. Todos los casos y sus contactos fueron tratados con azitromicina. Se hospitalizó únicamente al paciente de menor edad (3 meses y vacunación materna en la semana 35 de gestación) y ningún caso se describieron complicaciones.

Comentarios. El cuadro clínico que presentan el escolar y preadolescente con tosferina difiere mucho de las formas clásicas y severas del lactante siendo comúnmente la tos prolongada el único síntoma presente. El comité de vacunación de la AEP recomienda una dosis de recuerdo a la edad de 11-12 años, dato que coincide con la mediana de edad al diagnóstico en nuestra serie de casos y que apoya que la inmunidad que confiere la vacuna no se excede de los 7 años. Desde la vacunación a la gestante en nuestra Comunidad Autónoma no hemos registrado ningún caso de tosferina en menores de tres meses. Se desconoce por el momento si este hecho unido a la falta de suministro de las vacunas podrá tener un efecto en los patrones de circulación y ciclos de transmisión de la enfermedad.

Viernes 10 de noviembre - Sala 2: Aula José Zorrilla

Moderadores: Alberto Sánchez Abuín y Carlos Ochoa Sangrador

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DEL MEGAURETER OBSTRUCTIVO PRIMARIO. *Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Ruiz Hierro C, Ayuso González L, Gutiérrez Dueñas JM. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Determinar la eficacia a largo plazo de la dilatación endourológica de la unión vesicoureteral en niños con megauréter obstructivo primario que requieran tratamiento.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de megauréter obstructivo primario que fueron tratados con dilatación neumática en nuestro Servicio desde 2002 hasta 2016. Mediante cistoscopia se realizó dilatación de la unión vesicoureteral con una sonda-balón de alta presión, seguido de la colocación de un catéter doble J.

Resultados. Dentro de este periodo hemos diagnosticado 6 pacientes con megauréter obstructivo primario, de los cuales 4 fueron tratados mediante dilatación endoscópica. Los casos comprendieron 3 niños y 1 niña, cuyas edades en el momento de la intervención fueron de 1, 3 (2 pacientes) y 10 años. En todos los casos el uréter afectado fue el izquierdo. Los indicadores de intervención incluyeron: empeoramiento de la curva de eliminación, deterioro de la función renal e infecciones urinarias de repetición. La dilatación endourológica de la unión vesicoureteral fue factible en todos los casos. El estudio ecográfico y el renograma MAG-3 mostraron una mejoría progresiva de la ureterohidronefrosis y de la curva de eliminación tras la primera dilatación en todos los pacientes, lo que representa una tasa de éxito del 100%. En ningún caso fue necesaria una segunda dilatación ni tratamiento quirúrgico de reimplante ureteral. Ninguno de los pacientes desarrolló reflujo vesicoureteral tras el procedimiento. La función renal permaneció estable en el 100% de los pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue de 36 meses (rango 12-60 meses).

Conclusiones. La dilatación endourológica con sonda-balón es un procedimiento seguro, fiable y menos invasivo que muestra buenos resultados en el seguimiento a largo plazo. En nuestra serie, el procedimiento no alteró significativamente el mecanismo antirreflujo.

USO DE MACROPLASTIQUE® EN REFLUJO VESICoureTERAL. *Pontón Martino B, Lara Cárdenas DC, Barnes Marañón S, Molnar A, Pérez Costoya C, Granell Suárez C, Gómez Farpón Á, Álvarez Muñoz V. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El reflujo vésico-ureteral (RVU) es una patología potencialmente grave. El manejo endoscópico a tomado fuerza debido a su menor invasividad, por lo que se han desarrollado diversas sustancias para su uso. A pesar de ser técnicamente más sencillo, la inyección subureteral no está exenta de complicaciones.

Resumen de casos clínicos. Presentamos 3 pacientes con RVU tratado endoscópicamente con Macroplastique® y posterior reimplante ureteral abierto, con clínica derivada de la reacción de cuerpo a extraño producida por esta sustancia y en la que en todos ellos el reimplante tipo Cohen fue particularmente tedioso por la fibrosis producida por el material. **Caso 1:** Niña de 13 años diagnosticada de RVU bilateral grado III antes del año de vida. Tratada endoscópicamente en 3 ocasiones. Varios ingresos posteriores por disuria y polaquiuria así como cólico nefrítico con ureterohidronefrosis (UHN) derecha secundaria a litiasis en uréter distal. En la cistoscopia para extracción de cálculo ureteral derecho se objetivó solo reacción a cuerpo extraño alrededor del meato ureteral, procediendo al reimplante. **Caso 2:** Niño de 5 años con RVU bilateral grado V corregido tras 3 tratamientos endourológicos con Macroplastique®. En controles sucesivos se observó incremento de la UHN derecha con patrón obstructivo en el MAG-3, reimplantando el uréter por cirugía abierta. **Caso 3:** Niño de 14 años tratado endoscópicamente en 2 ocasiones con Macroplastique® varios años atrás por RVU izquierdo grado IV y divertículo vesical. En la segunda intervención se realizó además inyección de dicho material en el interior del divertículo. Ingreso por pielonefritis aguda, con clínica miccional referida de forma habitual así como hematuria en dos ocasiones. En la CUMS no se observa RVU sin embargo en la cistoscopia se aprecia un gran granuloma a cuerpo extraño.

Conclusiones. El tratamiento endoscópico es una alternativa eficaz en el RVU, no obstante en caso de RVU de alto grado suelen ser necesarios más de un tratamiento para lograr erradicarlo. En estos pacientes el uso acumulativo de Macroplastique® podría favorecer la aparición de clínica miccional por aparición de granuloma a cuerpo extraño así como dificultar el reimplante ureteral si este fuera necesario.

SÍNDROME DE LA UNIÓN PIELoureTERAL DE PRESENTACIÓN TARDÍA. *Ortiz N, Librán A, De Ponga P, Palacio L, Aguiar P, Zamora N, Puente S, Centeno F. Servicio de Pediatría. Hospital Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Descripción de las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con síndrome de la unión pieloureteral de presentación tardía mediante la revisión de una serie de 7 casos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con síndrome de la unión pieloureteral de presentación tardía diagnosticados en la Unidad de Nefrología Infantil del H. Río Hortega entre los años 2012 y 2016. Para ello se realizó una revisión de las historias clínicas digitalizadas.

Resultados. Se recogieron datos de un total de 7 pacientes, 4 varones y 3 mujeres, con una edad media de 9,7 años (mínima de 6 y máxima de 13 años). Los síntomas más frecuentes que presentaron al diagnóstico fueron dolor abdominal (5 pacientes), vómitos (4 pacientes) e infección urinaria (3 pacientes). Solo uno de ellos presentó disminución del filtrado glomerular en el momento del diagnóstico. En 4 ocasiones la lateralidad del riñón afecto fue izquierda. En cuanto a pruebas de imagen a todos se les realizó ecografía abdominal hallándose dilatación pielocalicial, y renograma diurético a 5 pacientes, presentando patrón obstructivo. Se realizó angioRM y/o angioTAC a 5 pacientes visualizándose imagen de vaso polar en 4 de ellos. El diagnóstico final fue de vaso polar en 4 pacientes y de estenosis intrínseca de la vía urinaria en 3 pacientes. El tratamiento quirúrgico consistió en pieloplastia, nefrostomía y transposición de vaso polar. Solo en uno de los pacientes la función diferencial disminuyó tanto como para precisar nefrectomía.

Conclusiones. La estenosis de la unión pieloureteral es la principal causa de hidronefrosis obstructiva en la infancia, y puede evolucionar a un deterioro de la función renal a largo plazo. La hidronefrosis más frecuente es de presentación prenatal, causada por estenosis intrínseca de la vía urinaria, que provoca una obstrucción continua y un mayor compromiso de la función renal. Sin embargo en este trabajo nos referimos a la hidronefrosis de presentación tardía, que suele presentar dolor abdominal, vómitos, hematuria e infección urinaria. La causa sería la compresión extrínseca de la vía urinaria (por ejemplo mediante vaso polar), produciendo una obstrucción intermitente y, por tanto, menor repercusión en el parénquima renal.

ABSCESOS CEREBRALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA. *Fernández Castiñeira S, Quesada Colloto P, Díaz Anadón LR, Hernández Peláez L, Carnicero Ramos S, Alonso Álvarez MA. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los abscesos cerebrales son infecciones supuradas focales del parénquima cerebral poco frecuentes en la edad pediátrica. La clínica más habitual al diagnóstico suele asociar cefalea, fiebre y/o vómitos, presentando la mayoría de ellos factores predisponentes. El tratamiento implica antibioterapia de amplio espectro y, en muchos casos, drenaje quirúrgico.

Objetivos. El objetivo de este estudio es el análisis de las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los abscesos cerebrales atendidos por las áreas de Neurocirugía y de Pediatría en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) en Oviedo.

Material y métodos. Estudio descriptivo longitudinal de una serie de casos de 13 pacientes diagnosticados de absceso cerebral entre los años 2000 y 2017 en nuestro hospital. No se han incluido los abscesos de etiología tuberculosa. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, factores predisponentes, microbiología, tratamiento (médico y quirúrgico) y evolución.

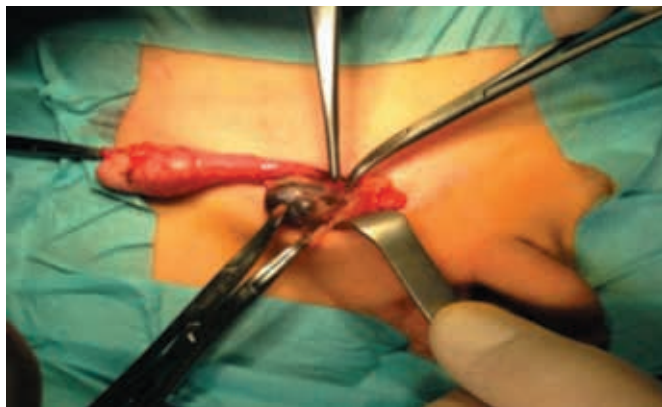
Resultados. De los 13 casos encontrados, 8 fueron varones y 5 mujeres. La mediana de edad fue de 8 años. En 6 casos fueron secundarios a sinusitis, 2 a mastoiditis, 1 postquirúrgico y 1 secundario a endoftalmitis. Los 3 restantes no tenían un claro factor predisponente. El agente causal aislado mayoritariamente fue un germen gram positivo (estreptococo). Además de la administración de antibioterapia intravenosa se recurrió a tratamiento quirúrgico en 10 de ellos. Casi la mitad de los pacientes se recuperó sin secuelas, mientras que uno fue éxitus por su patología de base y el resto presentó secuelas neurológicas de mayor o menor gravedad (epilepsia sintomática, afectación motora, retraso del lenguaje...).

Conclusiones. A pesar de su baja incidencia, el absceso cerebral es una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las cefaleas en el contexto de procesos infecciosos, especialmente en niños con factores de riesgo (infecciones área ORL, postoperados de neurocirugía, cardiopatas...), ya que se trata de un proceso grave con riesgo de secuelas neurológicas permanentes.

DOCTOR, MI HIJO TIENE TRES TESTÍCULOS. *Terroba Seara S, Hontoria Bautista E, González Mieres C, Ocaña Alcober C, Zoido Garrote E, Pradillos Serna JM, Fuente Carretero S, Ardelá Díaz E. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. Los tumores testiculares y paratesticulares representan el 1-2% de los tumores sólidos pediátricos, con una incidencia de 0,5-2/100.000 niños. Las masas paratesticulares representan solo el 2% dentro de este grupo.

Caso clínico. Niño de 6 años, sin antecedentes de interés, que acudía al Servicio de Urgencias por detección de masa escrotal derecha indolora de una hora de evolución. No presenta traumatismo previo, ni clínica infecciosa. En la exploración física se palpa masa escrotal de color violáceo, indolora, dura, con transluminación negativa. Se realiza ecografía escrotal siendo diagnosticada de masa quística multiloculada de 36x10x14 mm compatible con linfangioma quístico. Se programa cirugía para tumorectomía mediante abordaje inguinal con excisión completa de tumor (Figura). El diagnóstico definitivo por anatomía patológica revela mesotelioma testicular.



Comentario. Los mesoteliomas testiculares son un tipo de tumor paratesticular benigno muy raro. Su clínica es muy inespecífica aunque suele manifestarse como masa escrotal indolora. El diagnóstico se realiza por ecografía con diagnóstico definitivo por anatomía patológica. El tratamiento es excisión local de la masa con seguimiento y descartar malignidad.

VÓMITOS E INTOLERANCIA ORAL. ¿HAY OBSTRUCCIÓN INTESTINAL? *García Aparicio C¹, Hontoria Bautista E¹, Ocaña Alcober C¹, Zoido Garrote E¹, Rosón Varas M¹, Fuentes Carretero S², Pradillos de la Serna JM², Ardelá Díaz E². ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Cirugía pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. El páncreas anular es una forma de atresia duodenal en la cual la cabeza del páncreas forma un anillo alrededor de la segunda porción del duodeno. Se estima una incidencia de 1/50.000 nacimientos y representa el 10% de todos los casos de estenosis duodenal. Es una embriopatía que resulta de una anomalía temprana en la 4ª semana en el desarrollo. Se presenta con distensión gástrica, acompañada de vómitos no biliosos, ya que la obstrucción es generalmente supravateriana (por encima de la unión de los conductos biliares). Puede asociarse a otras malformaciones congénitas del tubo digestivo como malrotación intestinal, atresia esofágica y malformaciones cardiovasculares. También se ha descrito asociado a alteraciones cromosómicas como el Síndrome de Jacobsen (delección terminal del 11q) y más frecuentemente al Síndrome de Down.

Descripción del caso. Neonato de 5 horas de vida que ingresa en Neonatología por hipoglucemias. El embarazo controlado, ecografías y serologías normales; parto eutócico a las 38 semanas con Apgar 9/10. Recibe fluidoterapia intravenosa (aportes de glucosa máximos 5 mg/kg/min) junto a tomas de lactancia artificial, con buena respuesta permitiendo descenso de sueroterapia. A las 24 horas de vida comienza a presentar vómitos tras las tomas, por lo que se deja a dieta absoluta con sonda nasogástrica abierta a bolsa. Realiza varias deposiciones meconiales sin estímulo reiniciándose las tomas. A las 36 horas de vida debido a la persistencia de vómitos y abundantes restos alimentarios a través de sonda nasogástrica se solicitan radiografía de tórax-abdomen y ecografía abdominal que impresionan de obstrucción intestinal duodenal. La ecocardiografía y ecografía cerebral no mostraron malformaciones asociadas. En la laparotomía exploradora se encontró dilatación de primera y segunda porción del duodeno, con presencia de tejido pancreático rodeando parcialmente este segmento intestinal produciendo obstrucción, realizándose liberación duodenal y una duodenoduodenostomía. El cariotipo fue normal 46 XX. El postoperatorio fue favorable reiniciándose nutrición enteral al 4º día con buena tolerancia y tránsito intestinal a las 48 horas tras cirugía.

Discusión. Ante un recién nacido con clínica de intolerancia oral, residuos gástricos, biliosos con o sin distensión abdominal debe tenerse en cuenta la posibilidad de obstrucción intestinal. Nuestro caso fue un claro ejemplo de obstrucción intestinal incompleta, habiendo tolerado y realizado meconio en las primeras horas de vida. El pronóstico del páncreas anular es muy favorable, aunque el pronóstico global depende de la presencia de malformaciones asociadas.

DAÑO RENAL AGUDO DE CAUSA FARMACOLÓGICA. *Palacio Tomás L, Puente Montes S, Sánchez Moreno MG, Cebrián Fernández R, Vegas Álvarez A, Crespo Valderrábano L, Centeno Malfaz F. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Varios fármacos pueden ser causa de daño renal agudo (DRA) en niños. Los nefrotóxicos suponen un 16% de los episodios de DRA en niños mayores, siendo los más implicados los AINES y los antibióticos por su amplio uso en la práctica habitual. Los diferentes mecanismos de nefrotoxicidad incluirían vasoconstricción de vasos renales, necrosis tubular aguda, nefritis túbulointersticial (NTI) y más raramente obstrucción tubular. La biopsia renal sería el método diagnóstico de confirmación, aunque por ser una técnica invasiva, no se hace de rutina, quedando relegada a aquellos casos en los que la evolución no sea favorable.

Casos clínicos. Caso 1. Varón de 22 meses con episodios recurrentes de faringoamigdalitis aguda, precisando tres ciclos de amoxicilina oral en las semanas previas, asociada a paracetamol. Desde entonces presenta un cuadro de poliuria, polidipsia y pérdida ponderal. En analítica de sangre se objetivan cifras de Urea 214,6 mg/dl y creatinina 2,68 mg/dl (FG Schwartz 2009: 21 ml/min/1,73 m²), hiponatremia, acidosis metabólica y proteinuria tubular sin alteraciones en el sedimento urinario. EF sodio, IFE sugerentes de insuficiencia renal aguda parenquimatosa con diuresis conservada. Se descartan con pruebas complementarias hemólisis, glomerulopatías y uropatías. Discreta mejoría con tratamiento médico de la insuficiencia renal iniciándose tratamiento corticoideo ante la sospecha de una NTI secundaria a la amoxicilina, el octavo día de ingreso, con buena respuesta al mismo. Mejoría de la función renal aunque no completa (Estadio 2 Enfermedad renal cónica FG Schwartz 2009: 85 ml/min/1,73 m²). **Caso 2.** Varón de 13 años intervenido de fimosis 5 días antes, precisando analgesia con Ibuprofeno 600 mg durante 3 días, que presenta cuadro de vómitos, poliuria y polidipsia de 2 días de evolución, seguido de diarrea de reciente aparición. Analítica sanguínea: urea 71 mg/dl, creatinina de 2,78 mg/dl (x4 cifra basal). Datos de daño renal agudo de origen parenquimatoso. Resto de pruebas complementarias normales. Recibe corrección hidroelectrolítica con mejoría progresiva de la función renal, con recuperación completa a los 8 días.

Comentario: presentamos dos casos de daño renal agudo en probable relación con fármacos. El uso simultáneo de amoxicilina y paracetamol en el caso 1 pudo haber producido un mecanismo de hipersensibilidad mediada por células mientras que el uso de ibuprofeno en el caso 2 puede haber contribuido al desarrollo de un DRA ante la vasoconstricción arterial que produce, acentuando así la hipovolemia en casos de deshidratación, pudiendo estar presente en nuestro paciente debido a la diarrea concomitante que presentaba.

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CISTINOSIS EN LA INFANCIA. Blázquez C¹, Santos F^{1,2}, Ordóñez FA¹, Alonso P¹, Gil-Peña H^{1,2}. ¹AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Universidad de Oviedo, Asturias.

Introducción. El conocimiento de la cistinosis ha facilitado un aumento de la supervivencia y una disminución en la morbilidad. Presentamos tres pacientes homocigotos para una delección de 57kb en el gen CTN diagnosticados en la infancia.

Caso clínico 1. Varón de 35 años diagnosticado de síndrome de Fanconi (SF) con 2 años por deshidratación aguda. Se inician suplementos para el síndrome de SF y tres años más tarde cisteamina. Por nefropatía cistinótica, se somete a tres trasplantes renales a los 8, 16 y 29 años, habiendo requerido estar en diálisis peritoneal y en hemodiálisis. Filtrado glomerular estimado (FGe) actual de 88 ml/min/1,73 m². Recibió hormona de crecimiento recombinante (rGH) alcanzado una talla final de 155,2 cm (p45; -0,13 DS). Manifestaciones extrarenales: hipotiroidismo primario, tórax en quilla, hipometría en miembros infe-

riores y afectación oftalmológica con numerosos depósitos de cistina e imagen de distrofia en panel.

Caso clínico 2. Varón de 23 años diagnosticado de SF a los 18 meses por deshidratación aguda. Se inician suplementos y cisteamina. Debido a la nefropatía cistinótica, sometido a un trasplante renal a los 20 años sin necesidad previa de diálisis. Después de 16 meses trasplantado y bajo inmunosupresores, es diagnosticado de un linfoma difuso de células grandes tipo B en remisión en el presente. FGe actual de 88 ml/min/1,73 m². Recibió rGH alcanzado una talla final de 166,2 cm (p4; -1,76 DS). Manifestaciones extrarenales: afectación oftalmológica con depósitos de cistina pancorneales y conjuntivales.

Caso clínico 3. Varón de 5 años diagnosticado de SF a los 8 meses por vómitos y rechazo de tomas. Inicia tratamiento con cisteamina y suplementos. Actualmente presenta un FGe de 120,76 ml/min/1,73 m². Recibe desde hace dos meses rGH por tener una talla de X cm (p< 1-2,56 DS). Manifestaciones extrarenales: afectación oftalmológica con cristales de cistina en zona periférica.

Conclusión. Los casos presentados ilustran la evolución de la cistinosis, enfermedad grave multisistémica, modificada por el tratamiento continuado con cisteamina.

UNA HIPERPOTASEMIA DE ORIGEN GENÉTICO. Blázquez C¹, Santos F^{1,2}, Ordóñez FA¹, Gil-Peña H^{1,2}. ¹AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Universidad de Oviedo, Asturias.

Introducción. El síndrome de Gordon (SG), OMIM 145260, es una tubulopatía distal hereditaria autosómica dominante causada por mutaciones en los genes WNK1a4, CUL3, KLHL3. Clínicamente se caracteriza por hipertensión arterial (HTA) con baja renina plasmática, acidosis metabólica hiperclorémica e hiperkaliemia en presencia de función renal normal.

Caso clínico. Niño 12 años sin antecedentes personales de interés y completamente asintomático, fue derivado a consultas externas pediátricas para despistaje de SG por tener varios familiares paternos de primer grado con diagnóstico genético confirmado. Exploración física por sistemas normal. Talla: 160 cm (p82+0,92DS). Peso: 47,3 kg (p50-0,01DS). Tensión arterial: 110/75 mmHg (p52/p83). Valores analíticos pre-diagnóstico adjuntos en Tabla. Filtrado Glomerular estimado normal. Aldosterona (ref p.ortostática: 2,21-35,3ng/ml): 33,30 ng/ml. Cociente aldosterona/renina (ref: 0,10): 4,5. La sospecha clínica de SG es confirmada en heterocigosis mediante estudio genético de mutación familiar conocida (p.E630G) en gen el WNK1. Despistaje de HTA normal. Se establece dieta baja en sal y potasio, e inicia tratamiento con tiazida oral (0,56 mg/kg/día) con buena tolerancia y cumplimiento terapéutico, normalizándose los valores analíticos en el control post-mensual (Tabla).

| Valores analíticos | Pre- diagnóstico | Post- diagnóstico |
|----------------------------|------------------|-------------------|
| pH | 7,351 | 7,39 |
| Bicarbonato sangre (mEq/L) | 21,4 | 24,7 |
| Potasio sangre (mEq/L) | 6,0 | 4,9 |
| Cloro en sangre (mEq/L) | 107 | 100 |

Conclusión. El presente caso pone de manifiesto la necesidad de recordar la existencia de otras causas de HTA o de alteraciones iónicas de origen genético poco frecuente, por lo que una buena historia familiar y unas pruebas diagnósticas bien orientadas serán claves para el apropiado diagnóstico y la evolución a largo plazo de estos pacientes.

HEMATURIA DE CAUSA INUSUAL. *González-Lamuño C¹, Garrote Molpeceres R¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Jiménez Jiménez AP¹, Siguero de la Infanta S¹, Fraile García L¹, Tellería Orriols JJ², Pino Vázquez MA¹.* Servicios de ¹Pediatría y ²Genética Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La hematuria es la anomalía urinaria más común, siendo una causa frecuente de consulta. Generalmente se debe a la presencia de infección urinaria aunque hay que recordar que puede ser la primera manifestación de patología renal importante, siendo importante hacer un buen diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Adolescente de 13 años con hematuria macroscópica indolora. Ausencia de antecedentes familiares y personales de interés. Niegan antecedente de infecciones en las semanas previas ni en el momento actual. No antecedente de traumatismos renales. **Exploración física:** Completa por aparatos normal, ausencia de dolor con puño-percusión renal bilateral. Tensiones arteriales normales para edad, sexo y percentil de talla. **Pruebas complementarias:** *Análítica sanguínea:* Hemograma normal, bioquímica con función renal normal [FGe (Schwartz-2009): 135ml/min/1,73m²]. *Sistemático/sedimento urinario:* hematuria macroscópica con hematíes dismórficos (> 25% espiculados), cociente Prot/Cr 0,85, B2-microglobulina 0,12 mg/L, Microalbuminuria 380 mg/L. *Inmunología/Microbiología:* inmunoglobulinas y complemento normales, con serologías, crioglobulinas y autoanticuerpos negativos. Frotis faringoamigdalares y urocultivo negativos. Coagulación normal. *Ecografía con doppler vascular renal normal.* **Evolución:** Durante el seguimiento se comprueba persistencia de hematuria macroscópica. Se realiza una audiometría y una exploración oftalmológica que fueron normales. Se solicita estudio genético para efectuar screening de Síndrome de Alport, objetivando la presencia de una *mutación genética de novo en el gen COL4A5 del cromosoma X no descrita previamente en la literatura.* Estudio genético familiar negativo. Biopsia renal compatible. La paciente fue diagnosticada de Síndrome de Alport, en tratamiento antiproteinúrico con losartán, presentando descenso de la microalbuminuria urinaria y función renal conservada.

Conclusiones. El síndrome de Alport es una patología que afecta a la estructura de la membrana basal glomerular por alteración del colágeno tipo IV, con una prevalencia de 1/5.000-1/10.000. Asocia hematuria macroscópica, sordera neurosensorial y lesiones oculares, conduciendo al paciente a una insuficiencia renal crónica. Históricamente se ha descrito con herencia ligada a X o autosómica dominante. En los últimos años se han descrito mutaciones responsables de formas clínicas de Síndrome de Alport no descritas previamente, produciendo formas clínicas incompletas, como en nuestra paciente, que presentaba afectación renal de forma aislada.

BRONQUIOLITIS: REVISIÓN DE CASOS 2016-2017 EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. *Vegas Carrón M, Domínguez Cendal G, González González M, Criado Muriel C, Polo de Dios M, Arévalo Martín N, Sánchez Magdaleno M, Pavón López T.* Unidad de Lactantes. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. La bronquiolitis es la causa más frecuente de ingreso por infección aguda de tracto respiratorio inferior en menores de 2 años. Genera grandes requerimientos asistenciales en Urgencias, existiendo una falta de consenso en su manejo diagnóstico-terapéutico.

Objetivo. Analizar los casos de bronquiolitis ingresados en época epidémica 2016-2017 en HUSA y comparar resultados con los obtenidos años previos (2009-2016). Revisar las nuevas guías de práctica

clínica de bronquiolitis para actualizar nuestros protocolos diagnóstico-terapéuticos.

Material y métodos. Estudio observacional y analítico retrospectivo con 182 pacientes ingresados por bronquiolitis en HUSA, desde Octubre 2016 a Marzo 2017. Recogida de variables (sexo, edad, edad gestacional, fecha y días de ingreso, tratamiento utilizado, presencia de fiebre o enfermedad intercurrente, positividad para virus respiratorios y necesidad de ingreso en UCIP). Análisis estadístico mediante programa SPSS 17.

Resultados. En época epidémica 2016-2017 se ha producido un aumento de 120% de casos con respecto a época epidémica anterior. Han ingresado pacientes de edad media inferior (principalmente 1-6 meses) y durante más días con respecto a años previos, predominantemente en Diciembre y Enero. La mayor parte han recibido tratamiento exclusivo con oxígeno. A menor edad aumenta la necesidad de ventilación mecánica mientras que en los mayores prevalece el uso de Salbutamol. En los ingresos en UCIP predominan pacientes VRS positivo y con edad gestacional a término, siendo la prematuridad un factor no asociado a necesidad de cuidados intensivos. La presencia de enfermedad intercurrente no se relaciona con mayor positividad para VRS o mayor tendencia de ingreso en UCIP.

Conclusiones. Este estudio nos ayuda a prever la sobrecarga asistencial en la próxima época epidémica de bronquiolitis y tomar las medidas necesarias para su contingencia. Según la actualización de las nuevas guías clínicas, se podría disminuir el número de actuaciones terapéuticas innecesarias llevadas a cabo en algunos pacientes con dicha enfermedad.

CASO DE FIBROSIS QUÍSTICA CON CRIBADO NEONATAL NEGATIVO. *Aguilar P¹, Díez N¹, Garrote JA², Asensio D³, Palacio L¹, Puente S¹, Andrés M¹, Bolívar P¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Laboratorio de Genética, Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Río Hortega. Valladolid. ³Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Introducción. La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva debida a una mutación en el gen CFTR. Su disfunción genera alteraciones electrolíticas en las secreciones exocrinas, que se vuelven más espesas, afectando a varios órganos. Para el despistaje de la enfermedad se realiza cribado neonatal con la determinación de tripsina inmunorreactiva (TIR). Tras este periodo, incluso en los casos con cribado negativo, la presencia de clínica compatible debería conllevar un estudio para la confirmación diagnóstica que se realiza con la determinación de los cloruros en sudor y el estudio genético del individuo y sus familiares.

Caso clínico. Niño de 13 años remitido a Neumología infantil desde Otorrinolaringología por poliposis nasal derecha. Antecedentes personales: cribado neonatal negativo para FQ. Tres neumonías y otitis de repetición. Clínica respiratoria actual y desde la infancia (congestión nasal perenne asociada a tos esporádica y fatiga intermitente con el ejercicio físico). No sintomatología digestiva. Exploración física sin hallazgos relevantes. Peso y talla en P50. TAC de senos paranasales: quiste de retención maxilar y obstrucción del drenaje del seno derecho. Prick cutáneo a neumoalérgenos comunes: negativo. Se realizan cloruros en sudor con Macroduct® en 2 ocasiones cuyo resultado está alterado, (70 mosmol/L y 72 mosmol/L), Cuantificación de sodio y cloro. en sudor de 67 y 54 mmol/L respectivamente. Estudio del gen CFTR: negativo para las mutaciones más frecuentes, que suponen el 77-83% en la población de Castilla y León. Ante la alta sospecha clínica, se solicita la secuenciación completa del gen CFTR, identificando las mutaciones c.220C> T (p.Arg74Trp) y c.3889dup (p.Ser1297Phefs*) y dos variantes de significado incierto. Se completa estudio con elastasa

en heces: normal. Analítica, espirometría, y Rx de tórax: sin hallazgos significativos. TAC pulmonar, sin signos de bronquiectasias ni atrapamiento aéreo. Frotis faríngeo y nasal, positivo para *Staphylococcus aureus*. Cultivo de secreciones respiratorias: negativo. En el estudio genético de los progenitores se evidencia la presencia en heterocigosis de una de las mutaciones halladas en el caso índice en cada uno de ellos. Con los resultados obtenidos y la clínica acompañante, se cataloga como FQ

Comentarios. El cribado neonatal es actualmente el método diagnóstico principal de la FQ. Pese a tener buena sensibilidad, ante clínica compatible deben solicitarse cloruros en sudor, así como insistir en la secuenciación completa del gen.

Viernes 10 de noviembre - Sala 3: Aula Felipe II

Moderadores: Asunción Pino Vázquez y
Jesús María Andrés de Llano

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON FRACTURA EVOLUTIVA PARIETAL Y ENCEFALOCELE ASOCIADO. *Cuervas-Mons Tejedor M, Rodríguez Miguélez M, García González M, Gabaldón Pastor D, Aguerrevere Machado M, Arteta Saenz E, Bolea Muguruza G, Ibáñez Llorente R. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La fractura evolutiva de cráneo es una rara complicación de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) que se observa predominantemente en niños menores de 3 años, generalmente varias semanas después del incidente traumático inicial. Se origina en el 1% aproximadamente de los traumatismos con fractura y debe existir un defecto en la duramadre, siendo más frecuente en la zona parietal. El tratamiento es quirúrgico y no está exento de recaídas. Las secuelas más frecuentes son los déficits neurológicos y asimetrías craneales. Presentamos el caso de un niño con fractura evolutiva de aparición inusualmente precoz.

Resumen del caso. Lactante de 3 meses que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) procedente de otro hospital por TCE grave tras caída accidental. En tomografía computarizada (TC) inicial se evidencia fractura parieto-temporal derecha así como hemorragia subaracnoidea y cortical frontotemporal. Inicialmente se decide tratamiento conservador, pero a las 48 horas del ingreso presenta mioclonías de extremidad superior derecha de 3 minutos de duración que ceden tras la administración de Midazolam (0,1 mg/kg). Se decide inicio de Levetiracetam (LEV), 30 mg/kg en bolo y mantenimiento 20 mg/kg/día. Se solicita TC urgente donde no se aprecian cambios relevantes. Se realiza electroencefalograma convencional: estado epiléptico focal temporo-parietal derecho, con crisis focales simples de semiología motora, por lo que se añade Fenitoína (5 mg/kg/día) al tratamiento. En las siguientes 24 horas presenta nueva crisis focal por lo que se aumenta dosis de LEV (50 mg/kg/día) y se realiza resonancia magnética (RM), que muestra fractura evolutiva parietal derecha con encefalocele asociado. Se realiza intervención quirúrgica urgente con evacuación del hematoma subgaleal, exéresis de encefalocele traumático y aproximación de bordes de fractura mediante suturas tras colocar plastia dural. En el postoperatorio se aprecia paresia leve de miembro superior izquierdo de predominio proximal que persiste al alta, por lo que se indica tratamiento rehabilitador.

Comentario. La fractura evolutiva tras un TCE es una entidad muy poco frecuente. El riesgo de secuelas neurológicas graves es alto por lo que debemos sospecharlo en caso de fracturas (más frecuentemente parietales), lesión de la duramadre y clínica neurológica asociada. La RM posee mayor sensibilidad y puede ser útil para identificar la fístula

dural. Su tratamiento es quirúrgico y con la mayor brevedad posible con el fin de evitar déficits neurológicos posteriores. El uso del casco ortésico para evitar recurrencias es controvertido.

SEDOANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO DURANTE LA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA. *Ortiz N¹, Monzón S¹, Arribas M¹, Polanco P¹, Hedrera A¹, Velasco R¹, de la Calle B², Cancho R¹.* ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Rehabilitación. Hospital Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. 1) Evaluación de la eficacia y la seguridad del óxido nitroso (N₂O) inhalado como sedoanalgesia en pacientes afectos de parálisis cerebral y otras encefalopatías durante la infiltración de toxina botulínica tipo A (TBA); 2) Descripción de las características clínicas de la patología de base de dichos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de las características clínicas de los pacientes que precisaron infiltración con TBA así como del procedimiento en sí. Se recogieron todos los procedimientos realizados en nuestra Unidad entre los años 2009 y 2015. Se realizó una base de datos con diversas variables, entre ellas: 1) patología de base; 2) grado de discapacidad intelectual; 3) grado de discapacidad motora según escala funcional Gross Motor Functional Classification System (GMFCS). Respecto al procedimiento se registró: 1) número de infiltraciones de TBA por procedimiento; 2) uso y tipo de sedoanalgesia; 3) grado de sedoanalgesia alcanzado; 4) efectos secundarios. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico STATA12.

Resultados. Se registraron 442 sesiones de administración de TBA correspondientes a 78 pacientes (mediana de sesiones por paciente: 5 (Pc25-Pc75: 2-9)). El 75,6% de los pacientes presentaban Parálisis Cerebral; 51% presentaban niveles de afectación motora severa (GMFCS IV o V; imposibilidad para deambulación autónoma); 72% mostraban discapacidad intelectual. De las 442 sesiones analizadas se empleó sedación con N₂O en un total de 368 ocasiones, con un nivel de sedación adecuado en 74%, e inadecuado en el 26% (p < 0,05). No se empleó sedación en 74 sesiones; en 35% de ellas existió colaboración adecuada del paciente sin aparente estrés o dolor (p < 0,05). Solo en un 4% de las sesiones en las que se empleó N₂O se objetivaron efectos secundarios, todos leves y transitorios.

Conclusiones. La infiltración de TBA es un procedimiento doloroso y estresante para el paciente por lo que se recomienda el uso de medidas de sedoanalgesia, como el N₂O inhalado. El uso de este fármaco es aceptablemente eficaz con un elevado perfil de seguridad, por lo que es recomendable su uso en este tipo de procedimientos.

UTILIZACIÓN DE HIDRATO DE CLORAL COMO SEDANTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN PROCEDIMIENTOS CORTOS. *Valverde Benítez I¹, Sordo Villoria L¹, del Villar Guerra P², Carrón Bermejo M², Pilar Bajo Cacho M¹, Martín Agejas S¹, Santana Rodríguez C².* ¹Unidad de Enfermería Pediátrica, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

Objetivo. Describir la evolución clínica del paciente pediátrico y los posibles efectos adversos (náuseas, vómitos, hipoxemia, etc.) durante la sedación en procedimientos cortos.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de las sedaciones realizadas a los pacientes pediátricos desde el 20 de junio al 1 de septiembre de 2017. Se utilizó hidrato de cloral como fármaco sedante en pacientes ambulatorios/ingresados para procedimientos cortos (TC, RM, potenciales evocados, etc.). La dosis fue administrada en función del peso del paciente (25-75 mg/kg/dosis). Se recogieron variables

cardiorrespiratorias y de nivel de sedación en todos los pacientes antes de la administración, durante el proceso y posterior al mismo, por parte del personal de enfermería pediátrica.

Resultados. Se recogieron datos de 11 pacientes. Edad media de $36,66 \pm 21,88$ meses (5 meses-6 años), siendo el 100% de la muestra varones. La dosis media utilizada de hidrato de cloral fue $67,06 \pm 8,96$ mg/kg. Se repitió dosis en el 27,27% de los pacientes (n= 3). El tiempo medio en alcanzar la sedación fue de $25,63 \pm 6,96$ minutos. El 26,26% (n= 4) de los pacientes de la muestra presentaron efectos adversos de los cuales el 18,18% (n= 2) fueron náuseas, 9,09% (n= 1) vómitos, 9,09% (n= 1) hipoxemia, y 27,27% (n= 3) fallo de la sedación. En todos los pacientes se realizó el procedimiento con éxito.

Conclusión. El hidrato de cloral es un fármaco seguro en el uso de procedimientos cortos sin provocar efectos graves para el paciente. A pesar de ello, se recalca la importancia de la formación del personal de enfermería pediátrica para hacer frente a posibles efectos adversos y a su modo de resolución.

USO Y EFICACIA DEL KALINOX® PARA LA REDUCCIÓN DEL DOLOR EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *Moreno Carrasco JL, Carranza Ferrer J, Izquierdo Herrero E, Ortega Vicente E, Justo Vaquero P, Nieto Sánchez R, Mate Espeso A, González García H. Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El Kalinox® 170 bar es un medicamento gaseoso, compuesto de un 50% de protóxido de nitrógeno medicinal (N₂O) y un 50% de oxígeno medicinal (O₂), que posee efecto analgésico puro, ansiolítico y amnésico. En la actualidad se ha establecido como uno de los métodos más importantes en el manejo del dolor durante muchos procedimientos y técnicas en pacientes pediátricos.

Objetivos. Valorar el uso y la efectividad del uso de Kalinox® durante la realización de procedimientos y técnicas en la Unidad de Urgencias Pediátricas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se registraron todas las técnicas y procedimientos dolorosos en los cuales se empleó Kalinox® en la Unidad de Urgencias Pediátricas de un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre junio de 2015 y diciembre de 2016. Se analizaron diversas variables: edad del paciente; tipo de procedimiento; valoración del dolor y ansiedad antes, durante y después de la técnica; efectos adversos; manejabilidad de su uso y aceptación por parte del médico y del paciente. Para analizar la variación de del dolor y ansiedad antes, durante y después de la aplicación se utilizó el test de Friedman (K muestras apareadas).

Resultados. Se registraron un total de 66 procedimientos dolorosos, de los cuales el 83,5% fueron reducción de fractura simple. Grupos de edad: < 2 años: 0 pacientes; entre 2-6 años: 14 pacientes (21,2%); > 6 años: 52 pacientes (78,8%). Se objetivó disminución del dolor en el 75,7% de los casos, siendo mayor en el grupo de edad de > 6 años (78,8%) que en el de 2-6 años (64,3%). También se constató mayor reducción del dolor en aquellos procedimientos cuyo objetivo era la reducción de una fractura (76,4%) que en otros procedimientos (63,6%). Tanto el grado de dolor (p < 0,001) como el grado de ansiedad (p < 0,001) fue significativamente descendente antes, durante y tras el procedimiento. El tiempo de estancia en Urgencias fue < 3 horas en el 85,3% de los casos y solo ingresaron el 18,2% de los pacientes (por causa ajena al uso de Kalinox®). Solo se registraron efectos secundarios en un 16,5% de los casos (el más frecuente vómitos con un 36,3%), pese a lo cual se pudo completar el procedimiento satisfactoriamente. Se obtuvo una buena aceptación del fármaco tanto por parte del paciente (94%) como del

médico (91%) observándose una eficacia total o parcial en el 98,5% de los procedimientos realizados.

Conclusiones. El Kalinox® es un fármaco útil y aconsejable como analgésico y ansiolítico durante la realización de procedimientos dolorosos, sobre todo en reducción de fracturas y en pacientes > 6 años. Es un medicamento con fácil manejabilidad, buena aceptación por parte de médicos y pacientes, y con efectos secundarios mínimos y fáciles de controlar.

SEDOANALGESIA EN LOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ¿ES EFECTIVA? *González Lamuña C, Palomares Cardador M, Izquierdo Herrero E, Carranza Ferrer J, García Saseto P, Justo Vaquero P, Ortega Vicente E, González García H. Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La mayor conciencia sobre el dolor en la población pediátrica en los últimos años, hace que en la mayoría de las Unidades de Urgencias Pediátricas se hayan creado protocolos de sedoanalgesia para mejorar la calidad de atención y manejo terapéutico adaptado a la patología de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo analítico sobre una serie de 157 casos clínicos que precisaron sedoanalgesia el Servicio de Urgencias por procedimientos dolorosos. Variables analizadas: Edad, sexo, tipo de procedimiento, tipo de sedación y vía de administración, grado de dolor (según escalas de llanto, caras de Hong Baker y numérica) antes, durante y después del procedimiento y efectos adversos por la sedación. Se describen variables numéricas (mediana y cuartiles) y categóricas (frecuencia absoluta (n) y relativa (%)). Para la comparación de variables se utilizaron los test de la Chi cuadrado (categóricas) y para analizar la variación de del dolor, el test de Friedman (K muestras apareadas). Se analizaron algunas diferencias por grupos de edad.

Resultados. La mediana de edad fue de 3 años (p25: 1, p75: 8, Rango: 1 mes-13 años), varones 104 (66,2%). Procedimientos: reducción de fracturas (42, 26,8%), punción lumbar (42, 26,8%), cura local (35, 22,3%), reducción de hernia (11, 7%). Fármacos empleados: midazolam (146, 93%), fentanilo (121, 77,1%), ketamina (11, 7%) y propofol (7, 4,5%). Antes del procedimiento y de la sedación 65 niños (41,4%) no presentaron dolor, 32 dolor leve (20,4%), 41 moderado (26,1%) y 19 severo (12,1%). Durante el procedimiento 77 niños (49%) no tuvieron dolor, leve 61 (38,9%), moderado 17 (10,8%) y severo 1 (0,6%). Después del procedimiento 131 niños (83,4%) no presentaron dolor, 22 dolor leve (14%) y 3 moderado (1,9%). Analizando el grado de dolor como variable continua, fue significativamente descendente antes, durante y tras el procedimiento (p < 0,001). De forma significativa los procedimientos con más graduación de dolor antes de la sedación fueron la reducción de fracturas y la reducción de hernias (p < 0,001), manteniéndose la misma secuencia durante el procedimiento (p = 0,045) y perdiéndose tras el procedimiento (p = 0,08). Por grupos de edad, en menores de dos años (48, 30,6%) predominaron las punciones lumbares (15, 31,3%) y curas locales (14, 29,2%); entre 2 y 6 años (68, 39,5%): 17 fracturas (27,4%), 17 curas locales (27,4%) y 15 punciones lumbares (24,2%); y en mayores de 7 años (47, 29,9%) fracturas (23, 48,9%) y punciones lumbares (12, 25,5%). En 9 pacientes (5,4%) se produjeron efectos adversos, siendo el más frecuente la disminución de la saturación de oxígeno (6, 3,8%).

Conclusiones. el empleo de sedoanalgesia es efectivo en la disminución del dolor para los procedimientos dolorosos realizados habitualmente en urgencias pediátricas. El grado de dolor guarda relación con la patología que presenta el paciente y procedimiento a realizar, siendo mayor en fracturas y reducción de hernias tanto antes como durante el procedimiento, si bien, tras el mismo, no se observan diferencias significativas en el grado de dolor entre los distintas patologías.

VÓMITOS Y ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA: REACCIÓN ADVERSA EXCEPCIONAL TRAS TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS CAPITIS. *Palomares Cardador M, Castro Rey M, Sigüero de la Infanta S, González-Lamuño Sanchís C, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, Herráiz Cristóbal R, Melero González A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las reacciones adversas medicamentosas (RAMs), representan un problema de salud mundial, con alta morbi-mortalidad, siendo la población pediátrica es especialmente vulnerable a ellas debido a la inmadurez de su sistema metabólico, así como a la utilización off-label de diversos fármacos. Su prevalencia se estima entre el 10-15%. Aunque los antimicrobianos se han descrito como los responsables de más del 50% de RAMs, apenas hay casos documentados implicando a la Ivermectina como responsable.

Caso clínico. Niña de 5 años trasladada por el 112 por cuadro de somnolencia, agresividad y vómitos de 4 h de evolución. Afebril. No clínica catarral. Deposiciones y orina normales. No vacunación reciente. No ambiente epidémico familiar ni antecedente traumático. Los padres refieren la administración de dos dosis de Ivermectina oral (200 µgrs/kg) separadas 10 días entre sí, la última 12h previas al inicio del cuadro, pauta por pediculosis. **AP:** Desarrollo psicomotor normal. Convulsión febril típica a los 4 años. Vacunación al día. Pediculosis capitis de 6 meses de evolución resistente a diversos fármacos tópicos. **E. física:** Destaca una apariencia alterada, nauseosa, con alteración del nivel de conciencia y tendencia al sueño. Respuesta lenta a estímulos. Dudosa disimetría y ataxia de la marcha. **Exp. complementarias:** Analítica sanguínea con perfil hepático, hemostasia, tóxicos en orina, ECG, LCR (incluido PCR de virus neurotrofos), urocultivo, frotis faríngeo, TAC cerebral y EEG sin hallazgos patológicos. **Evolución:** Se inició tratamiento precoz con Aciclovir por sospecha de encefalitis vírica, suspendiéndose 24 h tras resultado negativo del LCR. Vigilancia neurológica estricta durante las primeras 48 h sin objetivarse crisis, con resolución progresiva y espontánea del cuadro. Ante el antecedente de toma de Ivermectina con estudios complementarios normales se diagnosticó una reacción adversa medicamentosa.

Conclusiones. La Ivermectina es tratamiento de elección en parasitosis causadas por *S. scabiei*, algunos nematodos o *Pediculus humanus*. Actúa como agonista de receptores GABA, aumentando la permeabilidad de la membrana celular a iones cloro en células nerviosas y musculares de invertebrados, causando parálisis y muerte parasitaria. Su uso habitualmente es tópico, aunque vía oral suele ser un fármaco bien tolerado en niños a la dosis en que fue administrada, presentando importante toxicidad neurológica a dosis mayores. Destacamos lo excepcional del caso por la clínica neurológica presentada, escasamente reconocida en la literatura, en la que podría haberse visto implicado un mecanismo idiosincrásico.

MENINGITIS EN VALLADOLID. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS. *López Casillas P¹, Benito Pastor H³, Velasco Zuñiga R³, Justo Vaquero P², Izquierdo Herrero E², Ortega Vicente E², Carranza Ferrer J², García Saseto P².* ¹Médico Residente Pediatría, ²Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción. La meningitis es una infección del Sistema Nervioso Central que cursa con inflamación de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal. La inmunización activa de la población infantil frente a determinados patógenos (*Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo, meningococo C y más recientemente meningococo B) ha logrado disminuir la incidencia de las formas bacterianas, siendo

la mayoría de casos diagnosticados de etiología vírica o asépticas, con manejo sintomático y pronóstico favorable.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas y resultados de laboratorio-microbiológicos de los casos diagnosticados de meningitis víricas en el Hospital Clínico Universitario (HCUV) y Hospital Universitario Río Hortega (HURH), ambos de Valladolid.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes de ambos centros hospitalarios desde el 1 de Mayo hasta el 31 de Julio de 2017. Las variables analizadas se detallan a continuación.

Resultados. Se diagnosticaron 15 casos (11 en HCUV y 4 en HURH). Un 66% (n= 10) corresponden a sexo masculino. El 66% de los pacientes tenían edades comprendidas entre 2-5 años (n= 10), y un 26% (n= 4) fueron mayores de 6 años. El 100% estaba correctamente vacunado según el calendario de vacunación vigente en la comunidad autónoma de Castilla y León, incluyendo el 33% (n= 5) vacuna frente al meningococo B. Los síntomas más frecuentes fueron la cefalea (80%), fiebre (80%) y vómitos (80%). El 33% asociaba clínica catarral y un 20% fotofobia. El 93% presentaba signos meníngeos a la exploración, sin evidenciarse focalidad neurológica en ningún caso. En el 93% de los casos se realizó analítica sanguínea, siendo los resultados de 11748±4179 leucocitos, con fórmula de 80,76±8,41% N y 15,73±9,29% L. PCR 10,53±9,59 mgr/L. PCT 0.17±0.16 ngr/ml Se realizó PL en el 100% de los casos siendo los hallazgos de 64±60 células/mm³, proteínas 34±16 mg/dl y Glucosa de 60±8 mg/dl. Se empleó sedo analgesia para dicho procedimiento en el 86,7% (n= 13) (84,6% fentanilo y midazolam en el HCUV, y 15,4% ketamina en el HRH). En el 93% de los casos se calculó el BMS, con resultado < 2 en el 100%. El examen microbiológico del LCR resultó positivo para enterovirus en el 80% (n= 12) de los casos, siendo en los 3 restantes (20%) negativo. El manejo terapéutico fue similar en ambos hospitales, con una estancia media en observación de 15,3±8,2 horas en HCUV y 12,7±6,6 horas en HURH. El tratamiento fue sintomático en el 100% y en ningún caso de administró antibioterapia. Un 13% (n= 2) reconsultaron en Urgencias (HCUV), los cuales concluyeron en ingreso hospitalario (angustia familiar (n= 1) y síndrome postpunción (n= 1).

Conclusiones. Las meningitis víricas o asépticas son entidades no infrecuentes en la población pediátrica, siendo la mayoría de curso benigno y autolimitado. Realizar un manejo ambulatorio tras un periodo de observación en los Servicios de Urgencias Pediátricas es seguro, disminuye la angustia familiar asociada a estos casos y la tasa de ingreso hospitalario.

ANÁLISIS DE LOS INGRESOS PEDIÁTRICOS EN LOS DÍAS DE NAVIDAD EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2 DURANTE 15 AÑOS. *Doval Alcalde I, Corral Hospital S, Serena Gómez G, Javaloyes Soler G, Martín Armentia S, Cantero Tejedor T, Bartolomé Porro JM, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. El espíritu navideño también modifica la actividad hospitalaria en los servicios de pediatría.

Objetivo. Analizar las características de los ingresos de los pacientes pediátricos que ingresan entre el periodo de navidad en nuestro Área Asistencial durante el periodo 2001-2015.

Métodos. A través de la información registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos, se identificó el número de ingresos durante un mes en el periodo correspondiente entre el 16 de diciembre al 15 de enero con especial énfasis en los días festivos (Nochebuena, Navidad, Fin de año, Año nuevo, Noche de Reyes y Día de Reyes). Se evaluaron las características de los ingresos y se estimaron los riesgos asociados controlando el efecto confusor de las distintas variables. Para este estudio se utilizó un análisis de regresión logística binaria por pasos.

Resultados. La población de estudio la componen 2137 altas de niños hospitalizados en nuestro centro entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre de 2015. De ellos, 330 (el 15,4%) lo hicieron en los días especiales de Navidad. En el modelo de regresión utilizado se incluyeron las siguientes variables: sexo, ámbito de residencia, año de ingreso, tipo de ingreso y de alta, servicio que da el alta, tipo de GRD, peso de GRD, edad en meses, estancia en días y día de alta. En la tabla se muestra los resultados del análisis realizado con las variables incluidas en el modelo final, el nivel de significación obtenido, la estimación de riesgo mediante Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC).

Conclusión. Las única variable asociada al ingreso pediátrico en nuestro Centro en un día especial de Navidad es la variable tipo de ingreso mostrando el ingreso urgente una Odds Ratio (exceso de riesgo) de 5,6 veces más frente al programado (IC de OR al 95% 1,6 a 19,6).

| | Sig. | OR | 95% C.I. para OR | |
|---|-------|-------|------------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Sexo (mujer vs varón) | 0,403 | 1,109 | 0,87 | 1,415 |
| Ámbito (rural vs urbano) | 0,161 | 0,817 | 0,616 | 1,084 |
| Tipo de alta (domicilio, traslado, alta voluntaria, éxitus) | 0,621 | | | |
| Servicio de alta | 0,955 | | | |
| Tipo de ingreso (programado vs urgente) | 0,006 | 0,177 | 0,051 | 0,614 |
| Edad en meses | 0,123 | 0,997 | 0,994 | 1,001 |
| Estancia en días | 0,833 | 0,995 | 0,948 | 1,044 |
| Peso del GRD | 0,689 | 0,94 | 0,696 | 1,27 |
| Año de ingreso | 0,084 | | | |
| Día de la semana de alta | 0,4 | | | |
| Tipo de GRD (quirúrgico vs médico) | 0,887 | 0,93 | 0,341 | 2,536 |
| Constante | 0,223 | 0,485 | | |

CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS PEDIÁTRICOS MÁS FRECUENTES. *Doval Alcalde I, Corral Hospital S, Serena Gómez G, Javaloyes Soler G, Andrés Alberola I, Alberola López S, González García H, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Objetivo. Analizar las características de los procesos más frecuentes que motivan los ingresos de los niños de nuestro Área Sanitaria durante el periodo 2001-2015.

Material y métodos. A través de la información registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos, se obtuvieron las altas clasificadas mediante el sistema GRD (Grupo Relacionado con el Diagnóstico) que permite agrupar las altas de todos los pacientes. Para este estudio se utilizaron análisis descriptivos y bivariantes con análisis de la varianza, tablas de contingencia con test de chi cuadrado y análisis de regresión loglineal de Joinpoint.

Resultados. La población de estudio la componen 26.712 altas de niños de nuestra área sanitaria hospitalizados en nuestro centro entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre de 2015. De ellos, el 41% lo componen las altas codificadas con los códigos 816 "Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad < 18 sin cc", 629 "Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin patología quirúrgica significativa, diag. neonato normal", 70 "Otitis media e infección del tracto respiratorio superior con edad < 18", 775 "Bronquitis y asma edad < 18 sin cc" y 60 "Amigdalectomía y o adenoidectomía solo, edad < 18".

Conclusión. 5 grupos de patologías agrupadas por GRD suponen el 41% de todas las altas. Solamente un grupo corresponde a un tipo

quirúrgico. Las características de los mismos son muy diferentes respecto a la mayoría de las variables estudiadas.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS POR ANOREXIA NERVIOSA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE REFERENCIA AUTONÓMICA. *González S¹, Pascual L¹, Geijo S², Mongil B², González-Lamuño C¹, Palomares M¹, Castro M¹, Alonso C¹, Marugán JM¹. Servicios de ¹Pediatría y ²Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La anorexia nerviosa (AN) restrictiva es una patología psiquiátrica crónica muy prevalente que con frecuencia conduce a la malnutrición, y precisa manejo hospitalario.

Objetivo. Analizar los ingresos en la Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil de nuestro centro en los 10 años desde su creación en junio de 2007.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, retrospectiva de una serie de casos. Se incluyen variables epidemiológicas, demográficas, clínicas y antropométricas de estos pacientes, estancia media y comorbilidades asociadas, realizando un análisis comparativo entre los dos quinquenios analizados.

Resultados. De los 1020 ingresos en la unidad, 132 fueron por AN restrictiva. De ellos, 24,6% fueron reingresos. Del total de pacientes, un 86,4% fueron mujeres (relación 6,3:1). La estancia media fue de 45,58 ± 22,31 días, con diferencias entre el quinquenio de 2007-2012 (41,19 días ± 17,86) y el quinquenio de 2012-2017 (50,83 días ± 25,87) (p < 0,05). Se describen las alteraciones analíticas observadas al ingreso, y las comorbilidades, destacando trastornos de personalidad en un 30,3% de los casos. La evolución desde el punto de vista psiquiátrico y nutricional fue favorable al alta en todos los casos.

Conclusiones. La AN restrictiva es una patología crónica grave de elevada prevalencia en nuestro medio. Su evolución desfavorable, conduce a la desnutrición, precisando tratamiento en un medio hospitalario. Las unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil han supuesto un enorme avance en el tratamiento de estos niños y adolescentes.

APERTURA DE HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA: PRUEBAS Y TRATAMIENTOS. *Sordo Villoria L¹, Valverde Benítez I¹, Martín Agejas S¹, del Villar Guerra P², Pilar Bajo Cacho MP¹, Santana Rodríguez C². ¹Unidad de Enfermería Pediátrica, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

Objetivo. Analizar las actividades realizadas por el personal de pediatría tras la apertura del Hospital de Día Pediátrico del Complejo Asistencial de Segovia.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de las actividades realizadas a los pacientes pediátricos en los primeros 6 meses de actividad (1 de marzo y el 31 de agosto de 2017). Para la recogida de datos, se utilizaron los recursos disponibles en soporte papel y digital del sistema informático de Intranet.

Resultados. Se recogieron los datos registrados de un total de 342 intervenciones, de las cuales el 13,15% (n = 45) fueron valoración clínica. Las actividades realizadas por la Unidad de Enfermería Pediátrica fueron el 86,85% (n = 297) de las intervenciones, de las cuales fueron un 17,25% (n = 59) del total administración de medicación a través de reservorio subcutáneo (9,83±2,23 niños/mes). El 14,32% (n = 49) analíticas de sangre (8,16±5,56 analíticas/mes), el 11,11% (n = 38) consistió en la administración de tratamientos por vía venosa periférica y el 13,15% (n = 45) fueron sedaciones. Los tratamientos por vía subcutánea

y la exposición oral a alimentos supusieron, cada uno, el 5,84% (n= 20). Además, el 3,50% (n= 12) fueron registros de bilirrubina transcutánea, y otro 3,21% (n= 11) la recogida de otras muestras. El resto (12,63% n= 43) de intervenciones incluían curas, somatometría, realización de test de endocrinología, etc.

Conclusiones. En base a los resultados obtenidos y al modo de funcionamiento de la unidad tras la implantación del Hospital de Día Pediátrico, se puede sostener que se trata de una nueva forma de gestión clínica que implica mejoras en la continuidad de cuidados, en los tratamientos y diagnósticos clínicos, además del alcance de una modalidad de atención que evita ingresos innecesarios y estancias hospitalarias prolongadas, favoreciendo el confort y la reducción de ansiedad en los pacientes pediátricos.

UNIDAD MULTIPROFESIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE: EMPRENDIENDO UN CAMINO NECESARIO. *Hedra Fernández A, Ramos Pollo D, Visa Caño J, Vázquez Abruña MJ, Aldudo Avilés MC, Centeno Malfaz F. Unidad Multiprofesional de Cuidados Paliativos Pediátricos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción y objetivos. Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) son una necesidad que debe ser accesible en todas las áreas geográficas. Por este motivo, y ante la innegable existencia de pacientes en situación terminal o con una enfermedad de pronóstico letal, se decide poner en marcha una unidad multiprofesional de CPP (UMCPP) en el área de salud Valladolid Oeste en junio de 2016, formada por médicos, enfermeras, psicóloga y trabajadores sociales, que dan respuesta a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los niños susceptibles y sus familias. El objetivo de este estudio es recoger el plan de trabajo del equipo, los indicadores de resultados, así como las mejoras necesarias para su continuidad.

Pacientes y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la actividad de la UMCPP desde junio de 2016 a octubre de 2017.

Resultados. Desde la creación de la UMCPP, se han incluido en el programa a 25 pacientes desde 0 hasta 14 años, 13 mujeres y 12 varones. El 76% pertenece al grupo 4 de la clasificación de la *Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families* (ACT) (curso impredecible: parálisis cerebral infantil, encefalopatía severa), un 20% al grupo 3 (curso implacable, AME 1) y un 4% al grupo 1 (oncológico). Todos los pacientes han sido atendidos en consulta externa de CPP, 3 de ellos en atención domiciliaria. 2 han sido éxitus (en los que se atendió la fase de agonía y se proporcionó sedación paliativa según protocolo). El indicador de pacientes incluidos reales/teóricos es del 89%. El número de ingresos por descompensación de estos pacientes ha descendido en frecuencia (disminución del número de ingresos en un 51,55%), en duración (reducción de un 29,8% de la duración de la estancia) y en necesidad de técnicas en los ingresos.

Conclusiones. La puesta en marcha de la UMCPP del área de Valladolid Oeste ha mejorado la atención a los niños y adolescentes susceptibles, suponiendo un beneficio para los pacientes y sus familias con una disminución sustancial tanto del número de ingresos como de la duración de los mismos, redundando todo ello en un ahorro económico al sistema sanitario, a un coste cero, ya que no ha conllevado un presupuesto específico para esto, sino que se han aprovechado los recursos existentes, organizándolos de la manera más eficiente posible. Entre los objetivos a medio plazo para mejorar el funcionamiento de la UMCPP se encuentran la ampliación de plantilla para ofrecer atención continuada, aumentar la edad de los pacientes atendidos a 18 años, así como mantener y mejorar la buena coordinación existente entre niveles asistenciales, entre dispositivos, entre áreas sanitarias e intersectorial.

Viernes 10 de noviembre - Sala 4: Aula Claudio Moyano

Moderadores: Pilar Bahillo Curieses y Hermenegildo González García

HAPLOINSUFICIENCIA DEL GEN SHOX COMO CAUSA DE TALLA BAJA DISARMÓNICA. *Alonso Rubio P, Palacios Loro ML, Huidobro Fernández B, Riaño Galán I. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El gen SHOX (Short Stature Homeobox Gen) se localiza en el extremo distal de Xp e Yp, se expresa principalmente en las metafisis de las extremidades y su función se relaciona con el crecimiento de los huesos de las mismas. Los defectos de este gen en heterocigosis son responsables de amplia variabilidad fenotípica incluyendo desde formas muy leves de talla baja hasta discondrosteosis de Leri-Weill.

Caso clínico. Niño derivado a consulta de endocrinología por talla baja. **Antecedentes familiares:** Madre: Talla 158,7 cm (-0,9 D.E). Padre: Talla: 151 cm (-4,13 DE), Braza: 152 cm (normal). Talla sentado: 84,1 cm. Ratio talla sentado/talla: 0,56 (0,68 DE). Hermano de 3 años, talla en -1.6 SDS. **Antecedentes personales:** Gestación controlada normal. Parto a término eutócico. Somatometría al nacimiento: Peso: 2.755 g (-0,43 D.E). Longitud: 47 cm (-0,89 D.E). PC: 33 cm (-0,27 DE.) Periodo neonatal normal. Estudiado por sospecha de enfermedad celíaca, no confirmada. **Exploración física:** Varón de 5 años y 9 meses. Fenotipo robusto. Paladar moderadamente ojival. No otros signos displásicos. Genitales infantiles normales. Somatometría: Peso: 18,5 kg (-0,8 DE). Talla: 102,4 cm (-2,78 DE). Velocidad de crecimiento: 3,8 cm/año (-2,51 DE). IMC: 17,64% (0,7 DE). Braza: 98 cm (disminuida). Talla sentado: 58,7 cm. Ratio talla sentado/talla: 0,573 (0,5 DE). Talla diana: 161,35 ± 5 cm (-2,52 DE). **Pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica normales. Perfil tiroideo normal. IGF-1 e IGFBP3 en rango de normalidad. Radiografía de muñeca no dominante: edad ósea aproximada 4 años y medio. Serie ósea: Hallazgos en región distal de ambos antebrazos compatibles con deformidad tipo Madelung, resto normal. Estudio MLPA del gen SHOX: portador heterocigoto de una delección en el cromosoma Y que comprende región codificante del gen SHOX y regiones reguladoras próximas. **Evolución:** Tras recibir aprobación del comité asesor de hormona de crecimiento a los 6 años y 6 meses, se inició a tratamiento con rhGH subcutánea a dosis 0,04 mg/kg/día, con una evolución favorable a los 7 años, talla: 113 cm (-1,99 D.E) y una velocidad de crecimiento: 12,2 cm/año (8,26 D.E).

Comentario. La presencia de desproporción corporal en el paciente y su padre más los hallazgos radiológicos fundamentaron la sospecha clínica, que fue confirmada mediante el estudio molecular del gen SHOX, lo que permitió el tratamiento con hormona de crecimiento, al estar indicado en este supuesto su uso, presentando hasta el momento buena evolución.

OFTALMOPATÍA TIROIDEA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW EN LA EDAD PEDIÁTRICA. *Martín S, Navarro S, Rozas P, Megido A, Nonide L, Oreña VA, Pérez B, Huidobro B. AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El exoftalmos es un síntoma poco frecuente en la infancia; se debe descartar una patología primaria a nivel orbitario, así como enfermedades sistémicas, entre ellas se incluye el hipertiroidismo. La oftalmopatía de Graves (OG) es un proceso autoinmune relacionado con la enfermedad de Graves-Basedow (EG), la causa más frecuente de hipertiroidismo en la edad pediátrica. La afectación ocular no siempre aparece de forma simultánea al hipertiroidismo, en un 20%

de los casos la OG le precede. Los síntomas más frecuentes son el edema periorbitario y la proptosis.

Material y métodos. Caso clínico 1: Niño de 12 años, sin antecedentes personales de interés, madre con tiroiditis de Hashimoto. La familia detecta exoftalmos del ojo derecho de una semana de evolución tras traumatismo frontal leve, sin otra clínica acompañante. Valorado por Oftalmología objetiva retracción palpebral y solicita TC Craneal, se observa el exoftalmos derecho sin identificar lesiones ocupantes de espacio y analítica en la que presenta TSH < 0,01 mU/L (0,25-5,0), T4L 2,96 ng/ml (0,96-1,70), T3L 13,65 pg/ml (2,0-4,4), anticuerpos antiTiroperoxidasa (AntiTPO) negativos y TSI 7,1 U/L (positivos > 1,5 U/L). En la exploración física (EF): tensión arterial 114 mmHg (p81)/74 mmHg (p87), no taquicardia, no bocio ni otras alteraciones. No pérdida de peso ni otra clínica. Se inicia tratamiento con metimazol (0,4 mg/kg/día), no precisa tratamiento oftalmológico. En la evolución se detecta bocio grado 1A y en gammagrafía: bocio difuso. Tras ajustar tratamiento, normalización de la función tiroidea con el tratamiento antiroideo, sin progresión de la oftalmopatía. **Caso clínico 2:** Niña de 12 años, valorada en Oftalmología por hiperemia conjuntival izquierda de meses de evolución, se objetiva además exoftalmos bilateral (más llamativa izquierda) con edema y retracción palpebrales. Asocia pérdida de peso del 8% en el último año, aumento del apetito y empeoramiento de la calidad del sueño; agravado en los últimos meses. EF: taquicardia, tensión arterial (121(p88)/77 mmHg (p87)), temblor distal, bocio grado 1A. Analítica: TSH < 0,01 mU/L, T4L 7,77 ng/ml, T3L 32,12 pg/ml, AntiTPO negativos, TSI 14,2 U/L. RM de órbita compatible con oftalmopatía tiroidea. Se inicia tratamiento con metimazol (0,6 mg/kg/día) y propranolol (0,6 mg/kg/día); de manera concomitante se inicia tratamiento con bolos de corticoide para la oftalmopatía con evolución clínica y analítica favorables.

Comentarios. El exoftalmos puede ser la única manifestación clínica en la EG. Ante clínica persistente de eritema y edema palpebral, proptosis, hiperemia conjuntival, debemos solicitar función tiroidea. La sintomatología inicial en la EG es insidiosa, por lo que es necesario estar alerta para diagnosticarla precozmente.

HIJOS DE MADRE CON PATOLOGÍA TIROIDEA AUTOINMUNE: ¿ES NECESARIO EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCIÓN TIROIDEA? Zamora González N, Infante López ME, Samaniego Fernández CM, Sánchez Moreno MG, Montejo Vicente M, De Ponga López P, Polanco Zea PM, Caserío Carbonero S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La patología tiroidea autoinmune durante el embarazo puede tener una repercusión importante en la función tiroidea de

los recién nacidos (RN). La necesidad de seguimiento en el caso de hijos de madre con hipertiroidismo autoinmune es claro, sin embargo en el caso de madres hipotiroideas sigue siendo muy discutido.

Objetivo. Conocer la evolución de los hijos de madre con patología tiroidea autoinmune tras establecer nuevo protocolo de seguimiento.

Material y método. Estudio prospectivo de Noviembre de 2013 a Diciembre 2016 de los hijos de madres con patología tiroidea autoinmune. Se seleccionaron variables cualitativas: sexo, diagnóstico de la madre, tratamiento, tipo de fármaco, resultado screening metabólico, clínica del recién nacido y necesidad de derivación a la Consulta de Endocrinología Infantil, Entre las variables cuantitativas: edad gestacional, peso de recién nacido, valores de TSH, T4L, TSI, anti-TPO, tiempo de seguimiento y número de controles analíticos. Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Las variables normales se describieron con la media y la desviación estándar y las de distribución no normal con la mediana y el rango intercuartílico.

Resultados. Durante el periodo del estudio se recogieron datos de 191 hijos de madres con patología tiroidea autoinmune. El 9,9% de las mujeres eran hipertiroides y el 90,1% hipotiroideas. El 5,8% de los hijos de madre con hipotiroidismo tuvo alguna alteración analítica frente al 36,8% de los hijos de madre hipertiroides. Las alteraciones de TSH y/o T4 se produjeron en todos los pacientes antes de las 4 semanas de vida. El screening neonatal para hipotiroidismo fue normal en todos los casos. El nivel de anticuerpos antiTPO no se correlacionó con la probabilidad de tener una alteración de TSH y/o T4 libre. Los anti TPO fueron positivos en el 92,3% de los niños a los que se realizó analítica a los 15 días, a los 6 meses seguían positivos en el 41,7% de los niños. Se derivaron a la consulta de Endocrinología Infantil 2 pacientes, un hijo de madre con hipotiroidismo y otro de madre hipertiroides.

Conclusiones. La indicación de seguimiento de los hijos de madre con hipotiroidismo autoinmune es dudosa, parecería razonable hacer una segunda prueba de función tiroidea entre las 2-4 semanas de vida.

HIPERTIROIDISMO EN LA INFANCIA: UNA PEQUEÑA CASUÍSTICA. Fernández V, Fraile L, Gacimartín P, Pérez A, Bahillo P, Matías V, de la Huerga A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El hipertiroidismo (HT) es una enfermedad infrecuente en la infancia, con una prevalencia de 1/100.000 niños, siendo la enfermedad de Graves la etiología más frecuente. Presentamos una serie de casos de HT diagnosticados en nuestro hospital entre 2016-2017.

Casos clínicos. (Tabla I)

TABLA I.

| | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 | Caso 5 |
|-------------------------|-------------|---------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Sexo | Mujer | Varón | Mujer | Mujer | Mujer |
| Edad | 7 años | 13 años | 14 años | 12 años | 9 años |
| AF alt. tiroidea | Sí | Sí | No | Sí | No |
| Antecedentes personales | Sd. Down | Asma | DM tipo 1 enf. celiaca | DM tipo 1 enf. celiaca | Sin interés |
| Clínica | Sin clínica | Temblor bocio | Temblor | Pérdida ponderal | Temblor, ↓ peso, bocio, exoftalmos |
| Ac. AntiTSHR | 96,8 U/L | 2,04 U/L | 4,29 U/L | 14,4 U/L | 1,58U/L |
| Ac. AntiTGB | 333 U/ml | 836 U/ml | 326 U/ml | 256 U/ml | 185 U/ml |
| Ac. AntiTPO | 292 U/ml | > 600 U/ml | Negativos | 314 U/ml | > 600 U/ml |
| T4 libre max. | 3,02 ng/dl | 2,10 ng/dl | 1,36 ng/dl | 3,23 ng/dl | 3,65 ng/dl |
| TSH mínima | 0,01 mU/ml | 0,01 mU/ml | 0,08 mU/ml | 0,01 mU/ml | 0,01 mU/ml |
| Metimazol (dosis max.) | 0,17 mg/kg | 0,10 mg/kg | Sin tto. | 0,3 mg/kg Propranolol | 0,3 mg/kg Propranolol |

Conclusiones. A pesar de tratarse de una serie corta por ser el HT infantil poco frecuente, puede verse su predominio en mujeres de entre 10-15 años, con antecedentes familiares de patología tiroidea y antecedentes personales de patología autoinmune.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE DEPÓSITO A TRAVÉS DE LA SERIE ÓSEA. *Gacimartín Valle P, Pérez España A, Fernández Provencio V, Sigüero de la Infanta S, Bahillo Curieses P, Vázquez Martín S, Marcos Temprano M, Rellán Rodríguez S. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La serie ósea consiste en la realización de un grupo de radiografías centradas en distintas regiones del esqueleto. Constituye una herramienta adicional para la aproximación diagnóstica de determinadas patologías. El reconocimiento de alteraciones morfológicas del esqueleto supone en algunos casos la clave diagnóstica fundamental.

Caso clínico. Niña de 3 años y 1 mes de vida sin antecedentes familiares de interés. Procedente de embarazo controlado con hipomotilidad fetal y posición podálica del feto durante toda la gestación. Seguimiento en Centro de Atención Temprana por retraso en la adquisición de hitos motores e hipotonía muscular. Cognición y lenguaje adecuados para la edad. Valorada en Traumatología por pectus carinatum, escoliosis y pie plano valgo bilateral. Exploración física: Peso: 13,4 kg (-0,8 DE). Talla: 91,2 cm (-1,5 DE). Facies de muñeca, hipoplasia medio-facial, cuello corto, pectus carinatum superior, excavatum inferior, cifoescoliosis dorsal, tronco corto con aumento del diámetro antero posterior, abdomen prominente, genu valgo bilateral, pies planos, manos pequeñas con dedos cortos e hiperlaxitud articular. Exploración neurológica: hipotonía muscular sin debilidad con reflejos osteotendinosos conservados. Exploraciones complementarias: Hemograma, bioquímica, gasometría venosa y hormonas tiroideas normales. RM cervical: Odontoides hipoplásica, sustituida por tejido de aspecto fibroso. Serie ósea donde se objetiva vértebras platiespondílicas, "en pico" (con acusada prominencia central en su borde anterior); costillas horizontalizadas con aspecto "de remo", alas ilíacas redondeadas, coxa valga con acetábulos irregularmente excavados; irregularidad de núcleos epifisarios femorales; epífisis hipoplásicas y engrosamiento diafisario; metacarpianos y metatarsianos acortados y engrosados; bases de 2-5º metacarpianos cónicas. Ante los hallazgos de la serie ósea se sospecha enfermedad de depósito lisosomal, que se confirma mediante estudio de oligosacáridos y mucopolisacáridos en orina mostrando elevación de condroitín y keratán sulfato, así como estudio enzimático en leucocitos con niveles indetectables de galactosa 6 sulfato sulfatasa. Se establece así el diagnóstico de enfermedad de Morquio (Mucopolisacaridosis tipo IV A).

Comentario. La mucopolisacaridosis tipo IV o enfermedad de Morquio es una enfermedad por depósito lisosomal con herencia autosómica recesiva causada por mutaciones del gen de la enzima N-acetilgalactosamina 6 sulfatasa. Esta mutación produce ausencia de catabolismo de los glicosaminoglicanos (el keratán y el condroitín sulfato), los cuales constituyen el mayor componente de los proteínoglicanos en cartílagos y huesos, siendo la manifestación más evidente de esta enfermedad la displasia esquelética definida también como disostosis múltiple, que puede ser objetivada en la serie ósea, permitiendo una sospecha diagnóstica temprana.

ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN DE HÁBITOS HIGIENICO-DIETÉTICOS EN PACIENTES OBESOS. *Alonso Rubio P, Blázquez Gómez CJ, Díaz Martín JJ, Megido Armada A, Bousoño García C, Oreña Ansorena VA, Suárez González M, Jiménez Treviño S. Área de Gestión Clínica de*

Pediatría. Unidad de Digestivo y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La obesidad en la población infantojuvenil es una epidemia que suele asociarse a un estilo de vida que favorece la ganancia excesiva de peso. Es imprescindible instaurar un tratamiento que promueva el ejercicio físico diario y una alimentación saludable.

Objetivo. Analizar las características epidemiológicas, la somatometría y los estilos de vida de estos pacientes en la primera valoración en atención especializada y las modificaciones de estos parámetros realizadas a lo largo del seguimiento a corto plazo.

Material y metodología. Datos obtenidos de las consultas externas de gastroenterología y nutrición infantil de un hospital de 3º nivel durante un periodo de 2 años. Criterios de inclusión: menores de 14 años derivados desde atención primaria por sobrepeso y obesidad. Definidos sobrepeso y obesidad como $IMC \geq p85$ y $IMC \geq 95$ respectivamente. Seguimiento mínimo de 6 meses. Estadística descriptiva y comparativa aplicando el test analítico correspondiente. Tablas de referencia de peso y talla utilizadas: Fernández et al 2011.

Resultados. Se analizaron a 45 pacientes (62,2% hombres) con una edad media de 9,25 años (D.E 3,03) y un IMC de 26,88 (D.E 5,13). Padecían sobrepeso el 6,7% y obesidad el 93,3% restante. El 86,7% no llevaban una alimentación saludable y el 80% no realizaba ejercicio físico de forma regular. El 86,7% de los pacientes realizó un adecuado seguimiento. Modificaron favorablemente los hábitos de vida el 66,7%. Lograron reducir el exceso de peso el 79,5% con una disminución del IMC media de 1,37 (D.E 1,46), de ellos el 77% habían cambiado el estilo de vida contra el 23% que no lo había hecho ($p < 0,05$).

Conclusiones. 1) Más de la mitad de los pacientes referían haber instaurado hábitos de vida saludables. 2) Más del 75% de los pacientes consiguieron reducir el exceso de peso. 3) De forma estadísticamente significativa, consiguieron reducir cualitativamente más el IMC los pacientes que habían modificado el estilo de vida respecto a los que no lo habían hecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES VESÍCULO-AMPOLOSAS EN EL RECIÉN NACIDO. *González-Lamuño Sanchís C, Carranza Ferrer J, Melero González A, Pérez Bustillo A, Justo Vaquero P, Izquierdo Herrero E, Torres Ballester I, Moreno Carrasco JL. Servicios de Pediatría y Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las lesiones vesículo-ampollosas en el recién nacido (RN) pueden ser la única manifestación de una gran variedad de enfermedades y síndromes, que abarcan, desde procesos infecciosos, hasta defectos congénitos del desarrollo de la piel. Es necesario establecer un diagnóstico acertado dado que una intervención terapéutica precoz condiciona el pronóstico, muy diferente en función de la patología que subyazca. Dentro de las posibles causas, las infecciones son la primera a descartar, seguido de procesos traumáticos y yatrogénicos secundarios a distocias de parto. Los agentes infecciosos que más comúnmente tienen como expresión cutánea en el periodo neonatal la lesión ampollosa son virus Herpes Simple (VHS), virus Varicela-Zóster (VVZ), *Staphylococcus aureus*, estreptococo sp, treponema y cándida. Los desórdenes del desarrollo del neuroectodermo representan otra causa menos frecuente de lesiones vesiculosas. Comprenden un grupo heterogéneo de defectos en la morfogénesis comola aplasia cutis congénita o la incontinencia pigmenti. Presentamos un caso clínico atendido en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas.

Caso clínico. Recién nacido mujer, de 19 días de vida que acude a nuestro servicio para valoración de exantema ampollosa presente al nacimiento. Carece de antecedentes perinatales de interés, con sero-

logías maternas negativas. Parto a término vaginal de presentación cefálica con somatometría acorde. A nivel de cara posterior de extremidad inferior derecha presenta lesiones ampollas agrupadas en racimo. Se distribuyen en sentido céfalo-caudal siguiendo las líneas de Blaschko. Signos de Darier y Nicholsky negativos. Se encuentra afebril, sin otros síntomas. No asocia malformaciones externas ni dismorfias faciales. Salvo leve eosinofilia, la analítica sanguínea, serologías VHS, VVZ, Lues, y el cultivo vírico y bacteriano del frotis de lesión fueron negativos. Se remitió a Dermatología que realizó biopsia cutánea. La anatomía patológica evidenció acantosis epidérmica con infiltrado inflamatorio, gran componente de eosinófilos e intensa exocitosis eosinofílica espongiiforme, datos sugestivos de Incontinentia Pigmenti (IP).

Conclusiones. A pesar de que las infecciones constituyen la primera causa de dermatosis en el periodo neonatal debemos tener en cuenta las alteraciones embrionarias del neuroectodermo ante la normalidad de los exámenes microbiológicos. Con una prevalencia de 1:50.000/RN vivos, la IP asocia manifestaciones extracutáneas hasta en el 80% de los casos, siendo el SNC, ojos, uñas y dientes órganos frecuentemente afectados. La importancia de un diagnóstico precoz radica en la necesidad de un seguimiento médico multidisciplinar

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR LEISHMANIA: PECULIARIDADES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Gabaldón Pastor D¹, Martín Armentia S², Cuervas-Mons Tejedor M¹, Corral Hospital S², Bolea Muguruza G¹, Serena Gómez G², Portugal Rodríguez R¹, Doval Alcalde P.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. ²Servicio de Pediatría. Hospital General Río Carrión. Palencia.

Introducción. El síndrome hemofagocítico es una entidad rara pero grave y potencialmente mortal que consiste en una activación y proliferación descontrolada de los histiocitos y los linfocitos T. Las formas secundarias a infección se han relacionado con múltiples agentes etiológicos, siendo la infección por *Leishmania* una causa excepcional.

Caso clínico. Presentamos el caso de un lactante de 20 meses sin antecedentes de interés que presentaba un cuadro de fiebre y malestar de 12 días de evolución. En la exploración física destacaba la presencia de hepatoesplenomegalia sin otros hallazgos. El análisis de sangre mostraba pancitopenia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia e hiperferritinemia cumpliendo criterios de síndrome hemofagocítico. Los estudios de médula ósea y líquido cefalorraquídeo fueron normales. En las siguientes 24 horas el paciente sufrió un deterioro clínico con progresión de las alteraciones hematológicas previamente descritas, por lo que se decidió iniciar tratamiento quimioterápico según protocolo HLH-2004. Tras 48 horas de tratamiento se recibe la serología positiva para *Leishmania* a títulos elevados por lo que se suspende dicho tratamiento y se inicia anfotericina B liposomal con mejoría progresiva del cuadro hasta su resolución completa. Se confirmó la infección por *Leishmania* mediante PCR en sangre y detección de antígeno rk39 por inmunocromatografía.

Conclusiones. La infección por *Leishmania* es una causa documentada, aunque infrecuente, de hemofagocitosis. La mortalidad, el pronóstico y la evolución de la enfermedad pueden verse influidos por el retraso en el diagnóstico. Hasta en el 90% de los casos la médula ósea revela fenómenos de hemofagocitosis y la presencia de formas parasitarias. Sin embargo siempre es necesario solicitar un estudio serológico simultáneo dado que una médula ósea normal no descarta enfermedad por *Leishmania*. El síndrome hemofagocítico secundario a *Leishmania* es aceptado como excepción al tratamiento con quimioterapia, siendo la anfotericina B liposomal el tratamiento de elección.

INFECCIÓN POR VEB: MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME MONONUCLEÓSIDO. *Marco Sánchez JM, Ramajo Polo A, Mínguez Rodríguez B, Romero García C, García Salamanca Y, Martínez Pereira A, González Prieto A.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. La infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) presenta una elevada prevalencia en la población pediátrica (90-95%). La primoinfección en niños pequeños suele ser asintomática o producir síntomas inespecíficos, aunque en ocasiones puede dar lugar al llamado síndrome mononucleósido: fiebre, faringitis, linfadenopatías y/o hepatoesplenomegalia. La presencia de complicaciones asociadas a esta entidad es rara (20%). Presentamos el caso de una paciente con colecistitis aguda alitiásica y anemia hemolítica autoinmune como formas de presentación de una infección por virus de Epstein-Barr.

Caso clínico. Escolar de 9 años que consulta por cuadro febril de 3 días de evolución asociado a exantema vesiculoso, ictericia cutáneo-mucosa, coluria y empeoramiento del estado general en las últimas 24 horas. Se realiza analítica completa, en la que destaca patrón de colestasis (Bilirrubina total 19,15 mg/dl, directa 15,13 mg/dl, indirecta 4,03 mg/dl, GGT 189 U/L, LDH 1148 U/L) asociado a leucocitosis a expensas de linfomonocitos, así como presencia de linfocitos atípicos en el frotis sanguíneo, todo ello compatible con infección de origen viral. Se realiza ecografía abdominal en la que se objetiva vesícula distendida y alitiásica con paredes engrosadas y flujo doppler aumentado, hallazgos sugerentes de colecistitis aguda alitiásica. Ante dichos resultados, la paciente ingresa a dieta con antibioterapia intravenosa con piperacilina-tazobactam. En las serologías se objetiva IgG e IgM positivas para Virus de Epstein-Barr con EBNA negativo, y PCR positiva (4.920 copias/ml). Durante su estancia hospitalaria presenta descenso progresivo de las cifras de hemoglobina hasta un mínimo de 7.3 mg/dl, con aumento de reticulocitos y presencia de crioglobulinas. Ante la sospecha de anemia hemolítica autoinmune se inicia tratamiento con metilprednisolona intravenosa a 1 mg/kg/día, con estabilización progresiva de las cifras y mejoría clínica, pudiendo retirarse al cabo de un mes sin incidencias.

Conclusión. La infección por VEB durante la infancia suele cursar de manera asintomática o con síntomas leves. Es muy infrecuente que curse con sintomatología típica del adulto, siendo del todo excepcional (5%) que se presente con síntomas que afectan al sistema respiratorio, neurológico o hematológico.

FIEBRE EN EL NIÑO CON CÁNCER: ¿ES ADECUADA NUESTRA ESTRATEGIA? *Carreras L, Villegas JA, Álvarez S, Mangas C, Fidalgo A.* Unidad de Oncología Pediátrica, AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Analizar la incidencia de infecciones en pacientes pediátricos con cáncer de nuestro Centro, en un periodo de 17 meses, así como la etiología bacteriana más prevalente y la tasa de bacteriemias asociadas a catéter venoso central. La principal finalidad es comprobar si es adecuada la estrategia de antibioterapia empírica empleada en nuestro Centro, que consiste en el empleo de cefalosporinas de 3^a o 4^a generación, añadiendo un aminoglucósido si el niño tiene mal estado general, y/o vancomicina si se sospecha bacteriemia asociada a catéter central.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva todos los episodios febriles en los pacientes pediátricos con cáncer de nuestro Centro, entre febrero de 2015 y junio de 2016. Se revisaron los hemocultivos así como el antibiograma de los gérmenes aislados.

Resultados. Durante el periodo analizado se constataron 71 procesos febriles correspondientes a 28 niños con cáncer, de los cuales 26 portaban reservorio. Entre los hemocultivos positivos, 62,5% eran

gram negativos (n= 10) y 37,5% gram positivos (n= 6). Además, el 50% de gram positivos eran resistentes a meticilina (n= 3), y de los gram negativos, solo el 10% era productor de betalactamasa (n= 1). La tasa de bacteriemia asociada a catéter fue de 0,7 por 1.000 días de catéter.

Conclusiones. Se aprecia en nuestro medio mayor incidencia de bacterias gram negativas que de gram positivas, pero la mayoría de ellas son sensibles a cefalosporinas, por lo que consideramos adecuada nuestra terapia empírica inicial con una cefalosporina de 3ª o 4ª generación, reservando los aminoglucósidos para niños con mal estado general. La tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central en nuestro Centro es buena, comparándola con otros estudios similares, por lo que parece adecuado asociar tratamiento solo ante la sospecha clínica de infección relacionada con el catéter. Dado que el 50% de gérmenes gram positivos son resistentes a meticilina, el tratamiento a añadir ante tal sospecha sería vancomicina desde un inicio.

CASOS DE ANEMIA FALCIFORME EN NUESTRO HOSPITAL. *Ibáñez Llorente R, Gabaldón Pastor D, Portugal Rodríguez R, Cuervas-Mons Tejedor M, Rodríguez Miguélez M, Arteta Sanz E, Aguerreverre Machado M, Bolea Muguruza G. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción y objetivo. La depreanocitosis es una hemoglobinopatía estructural de origen genético caracterizada por la presencia de hemoglobina S (HbS) que conduce a la aparición de hemólisis y crisis vasooclusivas. Existen cinco fenotipos sintomáticos de depreanocitosis, siendo la más frecuente la anemia falciforme en homocigosis (HbSS). El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas de los casos de anemia falciforme.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de anemia falciforme en el Hospital Universitario de Burgos entre los años 2013 y 2017. Se recogieron los datos epidemiológicos, las características clínicas, los valores analíticos y los tratamientos recibidos.

Resultados. Se recogió un total de cinco casos con un ratio varón:mujer de 4:1. La edad media al diagnóstico fue de 2.4 años [0.9-5]. 4 de los pacientes fueron diagnosticados antes de los tres años de edad. Todos ellos fueron de raza negra, siendo cuatro nativos españoles. En 1 caso la HbSS se asoció a α -talasemia heterocigota. El diagnóstico se realizó en dos casos en contexto de infección respiratoria, en otros dos como hallazgo incidental en un análisis de rutina y en el último por crisis vasooclusiva. El rango de HbS al diagnóstico osciló entre 65,4%-84% y el de HbF entre 11,6%-33,2%. 4 de los 5 casos recibieron profilaxis con ácido fólico y tratamiento con penicilina desde el diagnóstico. 2 de los pacientes recibieron tratamiento con hidroxiurea obteniendo un aumento de HbF superior al 20%. Las indicaciones de inicio de tratamiento con hidroxiurea fueron las crisis vasooclusivas repetidas y el síndrome torácico agudo grave. 2 pacientes precisaron transfusiones de hemoderivados. Ninguno de los pacientes fue sometido a alotrasplante de progenitores hemopoyéticos dado que la evolución fue favorable. Las complicaciones agudas más frecuentes fueron las infecciosas (38,4%), el síndrome torácico agudo (23,07%) y las crisis vasooclusivas (15,38%). 1 de los casos presentó como complicación crónica la necrosis avascular de la cabeza humeral.

Conclusiones. La incidencia de la enfermedad en nuestro país ha aumentado en los últimos años debido al flujo migratorio. Es importante el diagnóstico precoz para asegurar un tratamiento temprano de las posibles complicaciones y así reducir la morbimortalidad. En nuestra serie existe un predominio del sexo masculino a diferencia de otras series. A pesar del número limitado de casos en nuestro estudio observamos una evolución favorable en los pacientes tratados con hidroxiurea.

REVISIÓN DE SERIE DE CASOS DE TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA EN COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA DESDE 2010 HASTA 2017. *Arévalo Martín N, Sánchez Magdaleno M, Polo de Dios M, González Prieto A, Riesco S, Vegas Carrón M, Domínguez Cendal G, Mendoza MC. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Objetivos. La trombocitopenia inmune primaria es uno de los trastornos hematológicos más frecuentes en la población infantil. Es una patología autoinmune caracterizada por una disminución de las cifras de plaquetas por debajo de $100 \times 10^9/L$, en ausencia de causa desencadenante conocida. Dada su frecuencia, realizamos una revisión de los casos tratados en nuestro hospital en los últimos ocho años para definir sus características más frecuentes como presentación clínica, antecedentes, evolución así como las diferentes líneas de tratamiento.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo de 33 casos de trombocitopenia inmune primaria diagnosticados en nuestro hospital desde 2010 hasta el momento actual mediante el programa SPSS.

Resultados. En relación con el sexo, se ha observado que la distribución es similar en ambos géneros. El año con mayor incidencia fue 2010. La edad media es de 4,8 años y la mediana el año de vida. El 60% tuvieron un curso agudo frente a 30% que fueron crónicas. Un solo caso fue persistente. Un 55% de los casos fueron derivados a consultas desde Atención primaria. El resto desde Urgencias. Un 94% presentaban clínica de diátesis hemorrágica, siendo solo 2 casos un hallazgo casual. Un 50% de ellas presentaron antes procesos infecciosos. Además, 5 tenían alteración de otras series hematopoyéticas. En cuanto a los antecedentes, 4 presentaban antecedentes de enfermedad inmune, ya fuese personal o familiar. Un 73% precisaron ingreso. Solo un 24% no necesitaron fármacos, siendo los corticoides en monoterapia administrado en un 33% de los casos. Un 39% de los casos recibió doble terapia con corticoides y gammaglobulina. 3 casos se administraron tratamientos de tercera línea con eltrombopag y en 2 casos fue necesario realizar esplenectomía.

Conclusiones. La aparición de lesiones purpúricas en la piel durante la infancia obliga a un diagnóstico diferencial entre patologías de muy diversas causas y algunos potencialmente graves como neoplasias, infecciones severas o malos tratos. La trombocitopenia inmune primaria entra dentro de ese diagnóstico diferencial debido a su frecuencia en la población infantil. La trombocitopenia inmune primaria es una patología muy frecuente en Atención Primaria, por lo que debe ser bien conocida por sus facultativos pediátricos porque habitualmente son los que tienen la primera sospecha diagnóstica.

Sábado 11 de noviembre - Sala 1: Aula Felipe II

Moderadores: Ana Vegas Álvarez y Mercedes Garrido Redondo

A VUELTAS CON EL HELICOBACTER PYLORI. LO QUE ESTAMOS HACIENDO EN BURGOS. *Fernández de Valderrama A, Ferragut Ferretjans F, Cuervas-Mons Tejedor M, Bolea Muguruza G, Garrido Barbero M, Bernués López E, Mateos Benito A, Gabaldón Pastor D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La infección por *Helicobacter pylori* (HP) se suele adquirir en los primeros años de vida. La prevalencia aumenta con la edad y es muy variable a nivel mundial; siendo de alrededor del 20% en el ámbito pediátrico. No está justificado el estudio de portador en los casos de abdominalgia de características funcionales. El método diagnóstico inicial para establecer la presencia de infección debería ser el

estudio anatomopatológico y cultivo mediante la toma de biopsias por endoscopia. La única indicación estricta de tratamiento erradicador es la enfermedad ulcerosa y es recomendable en los casos con antecedente de cáncer gástrico en familiares de primer grado o anemia ferropénica de causa no establecida.

Objetivo y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la selección de una muestra del total de pacientes derivados a consultas externas de Gastroenterología Infantil del HUBU por abdominalgia durante el periodo de mayo 2016 a mayo 2017. Del total de 103 pacientes se seleccionaron aquellos pacientes a los que se les había realizado estudio de HP en Atención Primaria (AP) (49 niños). El objetivo del estudio es investigar el motivo de realización del estudio, el manejo (prescripción de tratamiento, comprobación de erradicación) y la evolución posterior.

Resultados. Un 49,7% de los pacientes derivados por abdominalgia fueron sometidos a test de detección de HP, con un resultado positivo en el 69,4% (34 niños). Los motivos que llevaron a realizar el estudio fueron en un 40,8% clínica de epigastralgia/dispepsia, un 4% anemia ferropénica de etiología incierta y el resto abdominalgia con criterios de dolor abdominal funcional. Se prescribió tratamiento erradicador en AP a 23 niños (69,4%), siendo el resto derivados a consultas externas especializada sin iniciar tratamiento erradicador para valoración. La terapia más indicada fue la OCA (43,9%), seguida de la OMA (17,3%). Se comprobó la erradicación posterior en el 60,8% de los pacientes, de los cuales en el 34,7% fue exitosa aunque persistió la sintomatología en todos ellos. En cuanto a los 11 pacientes HP positivos derivados a Gastroenterología Infantil sin tratamiento previo no se indicó tratamiento en el 45% de los casos (3 por no presentar criterios y 2 por responder a terapia con Inhibidores de la bomba de protones). De todos los pacientes derivados a consultas externas con HP positivo el 76% continúan siendo portadores y presentan períodos libres de síntomas.

Conclusiones. Existe una falta de evidencia de relación causal entre el dolor abdominal crónico en pediatría y la infección por HP, respondiendo de manera desigual a una terapia erradicadora. Ante un cuadro de abdominalgia hay que buscar si existe organicidad en base a la clínica; no estando indicado el estudio de HP ante una abdominalgia de características funcionales. El diagnóstico de infección por HP según las últimas recomendaciones debe hacerse mediante endoscopia y recogida de biopsias con realización de antibiograma.

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. *Cuervas-Mons Tejedor M, Ferragut Ferretjans F, Fernández Valderrama A, Bolea Muguruza G, Bermúdez López E, Mateos Benito A, Gabaldón Pastor D, Garrido Barbero M. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción y objetivos. El dolor abdominal es un síntoma frecuente en la edad pediátrica. En el 90% de los casos presenta características funcionales, pero ante la presencia de síntomas de alarma es conveniente descartar patología orgánica subyacente. El objetivo de este estudio es analizar los hallazgos detectados en las endoscopias realizadas en nuestro hospital por dolor abdominal, así como la evolución clínica y manejo de dichos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado a partir de una muestra constituida por 45 niños sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) por dolor abdominal localizado en epigastrio entre los años 2014-2017 en el Hospital Universitario de Burgos. Variables recogidas: edad, sexo, peso, antecedentes personales y familiares, clínica predominante y acompañante, tratamiento previo con Inhibidores de la bomba de protones (IBPs), resultado de biopsia, detección de *H. pylori*, diagnóstico final y evolución.

Resultados. Durante los años 2014-2017 se practicaron 45 EDA por dolor abdominal en región epigástrica. La muestra estaba constituida por un 51% de mujeres con una edad media de 10,5 años \pm 2,8DE. El 71% se realizaron en contexto de evolución desfavorable a pesar del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, el 17,5% por asociación con RGE persistente. En el 24,4% de los pacientes el dolor abdominal fue el único síntoma presente. Los síntomas acompañantes más frecuentes fueron: reflujo gastroesofágico (35,5%) y la pérdida de peso (17,7%). Como antecedentes personales de interés cabe destacar las alergias alimentarias en 3 pacientes (11,1%) y la úlcera en un paciente (4,4%). En cuanto a los antecedentes familiares de primer grado, la presencia de úlcus gástrico se detectó en 3 pacientes (13,3%) y colon irritable en 2 casos (9%). En el 33% de los casos se detectó presencia de *H. pylori* por biopsia/test ureasa o cultivo. Los diagnósticos finales más frecuentes tras los resultados anatomopatológico fue: dispepsia funcional en un 37,7%, ERGE en el 22,2%, gastritis asociada a *H. pylori* (24,3%).

Conclusiones. La endoscopia presentó hallazgos patológicos en el 31% de los pacientes estudiados en nuestra muestra, en proporción similar a la descrita previamente en la literatura (38%) ante pacientes con dolor abdominal y signos de alarma acompañantes. Dadas las características funcionales de la mayoría de los casos es importante conocer los síntomas de alarma que nos obligan a ampliar el estudio y realizar pruebas complementarias con el objetivo de descartar organicidad. A pesar de que los pacientes incluidos en el estudio presentaron algún signo de alarma, motivo por el que se realizó EDA, aproximadamente el 40% de los pacientes presentan como diagnóstico final dispepsia funcional.

TRATAMIENTO DE HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS Y PATRÓN DE RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO. *Sánchez Moreno MG¹, Vegas Álvarez AM¹, Pérez Gutiérrez ME¹, Vega Santa-Cruz B¹, Crespo Valderrábano L¹, De Ponga López P¹, De Frutos Serna M², López-Urrutia Llorente L².* ¹Unidad de Gastroenterología Infantil, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos. La resistencia a antibióticos es una de las principales causas de los bajos índices de erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (HP) por lo que una de las nuevas recomendaciones de las sociedades ESPGHAN/NASPGHAN es que el tratamiento debe basarse en el conocimiento de los perfiles de resistencia o en la pauta de tratamiento local más efectiva. Así mismo recomendando conseguir, para evitar resistencias secundarias, una tasa de erradicación primaria superior al 90%. Los objetivos de este estudio son conocer en nuestro medio el patrón de resistencia antibiótica de HP, las terapias de erradicación empleadas, las tasas de erradicación y su efectividad.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante recogida de datos de la historia clínica digitalizada, en el que se incluyeron los pacientes menores de 14 años con cultivo positivo y antibiograma para HP realizado en muestra de biopsia gástrica entre enero-2011 y agosto-2017. La sensibilidad antimicrobiana fue medida mediante E-Test en todos los casos usando los puntos de corte CLSI antes de 2016 y EUCAST posteriormente. Se comprobó la erradicación mediante pruebas no invasivas (antígeno de HP en heces y/o prueba de aliento con urea marcada con carbono 13).

Resultados. Se incluyeron un total de 33 pacientes. El 57,6% (19) fueron varones, la edad media fue de 9,5 años (DE=2,3). El 66,7% (22) no habían recibido ningún tratamiento (pacientes naïve) y el 33,3% (11) uno o más tratamientos previos. Los porcentajes de resistencias globales fueron: claritomicina (Cla) 57,1% (16/28), amoxicilina (Amox) 21,2% (7/26), metronidazol (Met) 12,1% (4/33), rifampicina 4,5% (1/22), levofloxacino 3% (1/33). No se encontraron resistencias para tetraciclina. De los 22

pacientes naïve 52,6% (10/19) presentaron resistencia a Cla, 22,7% (5/22) a Amox, y 4,5% (1/21) a Met. En los pacientes que habían recibido uno o más tratamientos previos las resistencias fueron: 66,7% (6/9) a Cla, 27,3% (3/8) a Met y 18,2% (2/11) a Amox. De las cepas resistentes a amoxicilina 42,8% (3/7) presentaron concentraciones mínimas inhibitorias bajas (CMI) (0,25-0,5 mg/L). El 75,9% (22/29) de los pacientes recibieron tratamiento acorde a antibiograma. La tasa de erradicación primaria fue del 82,4%. La pauta de erradicación más empleada fue inhibidor de la bomba de protones (IBP)+Amox+Met en el 66,7% (20/30) de los casos con la que se consiguió una tasa de erradicación primaria del 84,6%.

Conclusiones. La tasa local de resistencia antimicrobiana encontrada de las cepas de HP para Amox es más alta que lo comunicado en otros estudios, siendo similar para Cla y sin embargo más baja para Met. De las cepas con resistencia a Amox cerca de la mitad tienen CMI bajas. Las resistencias en pacientes previamente tratados aumentan para Cla y Met manteniéndose iguales para Amox. Un porcentaje elevado de nuestros pacientes fueron tratados acorde a antibiograma. La pauta de erradicación más empleada fue IBP+Amox+Met con la que se consiguió una tasa de erradicación primaria cercana al objetivo recomendado.

VALIDEZ Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN CASTILLA Y LEÓN ENTRE 1999-2014. Castro Rey M, Sal Redondo C, Marcos Temprano M, Palomares Cardador M, González-Lamuño Sanchís C, González Uribealra S, Alonso Vicente C, Marugán de Miguelanz JM. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad genética crónica, potencialmente letal más frecuente en Pediatría. Su herencia es autosómica recesiva, y afecta aproximadamente a 1 de cada 4.500 nacidos vivos entre los caucásicos. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico y la supervivencia. El despistaje neonatal se realiza en Castilla y León desde el año 1999.

Objetivos. Análisis del rendimiento del cribado neonatal de FQ en nuestra comunidad autónoma, así como la comparación con otros modelos seguidos en distintas comunidades autónomas, y descripción de la tasa de incidencia de FQ.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los registros disponibles del programa de despistaje neonatal de FQ desde 1999 hasta el 2014, valorando la tasa de incidencia de FQ en nuestro medio. El protocolo realizado incluye tripsina inmunorreactiva (TIR) en sangre del talón, y ante un positivo, el estudio de mutaciones genéticas. Se discuten y analizan los distintos protocolos de despistaje neonatal existentes, y su rentabilidad.

Resultados. Se tomaron 300.446 muestras, resultando una tasa de incidencia de 1/4807 en 2004, y de 1/4768 en 2014, tras cambio del punto de corte de la prueba. Los resultados obtenidos confirman que la estrategia TIR/DNA constituye una buena prueba de cribado, con una especificidad del 99,2% y un valor predictivo negativo del 99,99%.

Conclusiones. La tasa de incidencia es concordante con las del resto del país. Los resultados obtenidos en CyL confirman que el protocolo, TIR+DNA, es una estrategia efectiva para el cribado neonatal de fibrosis quística.

¿CÓMO VALORAN LOS RESIDENTES DE LA SCCALP LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA? Míguez Martín L¹, Higelmo Gómez H¹, González Acerro A¹, Valverde Pérez N¹, Barrio Traspaderne E¹, González García J¹, Suárez Castañón C¹, García García E². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Centro de Salud El Coto. Gijón.

Objetivos. Conocer la opinión de los médicos internos residentes (MIR) pertenecientes a la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León (SCCALP) sobre la formación específica en atención primaria (AP) durante su residencia.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo tras analizar las encuestas anónimas realizadas *on-line* mediante formulario Google.

Resultados. Se registraron 45 respuestas. La mayoría de ellas (33%) fueron proporcionadas por residentes de 2º año. Los hospitales con mayor participación fueron: Hospital Universitario (H.U.) de Cabueñes (100%); H.U. Río Hortega (75%) y Complejo Asistencial Universitario de Palencia (75%). La menor participación fue del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (5%) y del H.U. Marqués de Valdecilla (10%). Al finalizar la residencia tan solo un 22,2% desearía trabajar en un centro de salud. La formación en AP se realizó en su mayoría durante el 2º año de residencia, con una duración media de 1,8 meses. Un 64% de los encuestados estimaba oportuno ampliar este periodo formativo, siendo valorado por el 70,9% como muy útil. La mayoría consideraba que los pediatras de atención primaria están muy capacitados para el seguimiento de pacientes crónicos (51%), y para el desarrollo del Programa del Niño Sano (89%), pero solo un 13% les consideraban muy capacitados para la atención de urgencias. Más de la mitad de los encuestados consideraban estar capacitados para trabajar en AP al finalizar la residencia. Respecto a la relación entre atención hospitalaria y AP, un 44,4% valoraban como aceptable la comunicación entre ambos ámbitos en su entorno, mientras que un 42% opinaba que los padres confían más en la atención hospitalaria que en su pediatra de referencia. La mayoría de los MIR han participado en congresos o jornadas formativas sobre atención primaria (73%) aunque tan solo un 20% en algún trabajo de investigación al respecto.

Conclusiones. 1) Escasa participación en la cumplimentación de la encuesta. 2) La mayoría de los MIR consideran necesario ampliar el periodo formativo en AP. 3) Tan solo un 22,2% de los MIR desearía trabajar en un centro de salud al finalizar su periodo formativo. 4) Pese a que la mayoría de los encuestados consideran a los pediatras de atención primaria muy capacitados para el seguimiento de pacientes crónicos y para desarrollar el Programa del Niño Sano, tan solo una minoría les considera muy capacitados para la atención de urgencias pediátricas.

CONSUMO DE ZUMOS DE FRUTAS Y SU APORTE DE AZÚCAR EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL. Martínez Ferrán M¹, Vegas Álvarez AM², Velasco Zúñiga R², Ochoa Sangrador C³. ¹Graduada en Nutrición Humana y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ²Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción. Los zumos de frutas tienen un alto contenido en azúcares libres, lo que puede tener consecuencias negativas para la salud. Debido a ello y a su consumo elevado y creciente en los últimos años, diversos organismos mundiales han realizado recomendaciones dirigidas a limitar su ingesta.

Objetivos. El objetivo fue analizar la cantidad consumida de zumos de frutas y de azúcares libres procedentes de su ingesta en una muestra de población infanto-juvenil.

Material y métodos. Estudio transversal realizado mediante encuestas en población infanto-juvenil de 0 a 18 años (n= 1.062) procedente de 6 instituciones escolares de la provincia de Salamanca. Las encuestas, cumplimentadas por los padres, se diseñaron para recoger la cantidad consumida de zumo. Los "zumos envasados" incluyen tanto zumos como néctares envasados. Se recogió la composición nutricional y se determinó el contenido de azúcares de los zumos envasados y caseros.

TABLA I. CANTIDAD CONSUMIDA DE ZUMOS Y AZÚCARES SEGÚN GRUPO DE EDAD

| Edad (años) | Zumo casero (ml/día) | Zumo envasado (ml/día) | Zumo total (ml/día) | Azúcares de caseros (g/día) | Azúcares de envasados (g/día) | Azúcares totales (g/día) | % del VCT de azúcares |
|-------------|----------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 0-3 | 71,38 | 53,93 | 125,31 | 5,77 | 4,22 | 9,99 | 4,20% |
| 3-12 | 69,76 | 85,30 | 155,59 | 5,64 | 6,67 | 12,36 | 2,34% |
| 12-18 | 85,02 | 103,06 | 188,21 | 6,88 | 8,06 | 14,95 | 2,27% |

Para el cálculo del valor calórico total (VCT) cubierto por los azúcares de los zumos se empleó la ingesta recomendada media según edad.

Resultados. El consumo medio de zumos caseros es 78,9 ml/día y de envasados 94,67 ml/día, lo que supone un total de 173,9 ml/día de zumo. Esta cantidad total de zumo supone un consumo medio de azúcares libres es de 13,81 g/día, lo que supone un 2,78% del VCT medio diario recomendado. En la tabla I se puede observar la cantidad consumida de zumos, azúcares procedentes de su ingesta y el porcentaje del VCT que queda cubierto por estos últimos.

Conclusiones. En la población infantil y juvenil existe un elevado consumo de zumos de frutas, contribuyendo de forma importante al aporte diario de azúcares libres de la dieta, en especial en los niños menores de 3 años donde puede suponer hasta casi la mitad de las recomendaciones de ingesta de azúcares libres que hace la Organización Mundial de la Salud (< 10% del VCT).

ZUMOS DE FRUTAS EN LA ALIMENTACIÓN INFANTO-JUVENIL: PATRÓN DE CONSUMO Y PERCEPCIÓN DE LOS PADRES.

Martínez Ferrán M¹, Vegas Álvarez AM², Velasco Zúñiga R³, Ochoa Sangrador C³. ¹Graduada en Nutrición Humana y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ²Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción. En la actualidad no existe consenso acerca de la idoneidad del consumo de zumos de frutas. Sin embargo son percibidos por la población como una bebida saludable por proceder de las frutas, se comercializan como productos naturales y fuente de nutrientes y son ampliamente aceptados por la población por su buen sabor.

Objetivos. El objetivo fue analizar el patrón de consumo de zumos de frutas caseros y envasados en una muestra de población infanto-juvenil y conocer la percepción, con respecto a la salud, que tienen los padres sobre el consumo de zumos de frutas.

Material y métodos. Estudio transversal realizado mediante encuestas en población infanto-juvenil de 0 a 18 años (n= 1.062) procedente de 6 instituciones escolares de la provincia de Salamanca. Las encuestas, cumplimentadas por los padres, se diseñaron para recoger el patrón de consumo y los motivos y percepción de los padres relativa a su consumo. El término "zumos caseros" hace referencia a los que se elaboran con fruta fresca en el momento. El de "zumos envasados" recoge tanto zumos como néctares envasados. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 20, La significación se alcanzó con p< 0,05.

Resultados. El 92,2% de los sujetos consumen zumos de frutas, preferentemente en casa (87,1%) y a la hora de la merienda (60,2%) de cualquier día de la semana. El 66,7% de los padres considera que los zumos no sustituyen a las frutas. Los principales motivos de consumo son: considerarse una manera de comer fruta (31,8%), que son saludables (30,5%) y su comodidad de consumo (28,5%). Parte de las marcas que consume la población estudiada, no comercializan zumos de frutas o néctares sino bebidas de zumo o bebidas mixtas de zumo y leche que no pueden considerarse como zumos. El consumo de zumos caseros es significativamente mayor si los padres tienen la percepción de que los zumos son equivalentes a las frutas. El de zumos envasa-

dos es significativamente mayor en población extranjera, si el nivel de estudios del padre y de la madre es menor y si consideran que los zumos sustituyen a la fruta, siendo significativamente menor si la madre tiene estudios superiores. Encontramos correlación negativa entre la cantidad consumida de zumos caseros y envasados ajustada por peso (ml/kg/día) y la edad.

Conclusiones. Entre la población infantil y juvenil existe un elevado porcentaje de consumidores de zumos de frutas caseros y envasados, superior incluso al publicado en series previas. La población infanto-juvenil es la mayor consumidora de zumos de frutas envasados. Hemos detectado que no existe un conocimiento claro entre los padres sobre si los zumos sustituyen a las frutas, ni sobre si las bebidas que consumen sus hijos son zumos o bebidas de otro tipo.

LOS RIESGOS DEL BABY-LED WEANING. Palacio Tomás L, De Ponga López P, Pérez Gutiérrez E, Vegas Álvarez A, Díez Monge N, Torres Aguilar L, Cebrián Fernández R, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. Algunos aspectos relacionados con la introducción de la alimentación complementaria (AC) han sido objeto de reciente revisión. En los últimos años se ha ido flexibilizando el consejo alimentario para los lactantes y en la actualidad se recomienda retrasar la introducción de la AC a los 6 meses, momento en que el lactante ha alcanzado hitos importantes en su desarrollo, lo que haría posible la alimentación por sí mismo. En este contexto surge el movimiento conocido como *baby-led weaning* (BLW) que propone como alternativa a la cuchara el uso de alimentos en su forma natural, no triturados, que el lactante se lleva él mismo a la boca. En este escenario se presentan dos casos clínicos de niños alimentados utilizando esta práctica y que precisaron ingreso hospitalario.

Caso clínico. Lactante de 10 meses sin antecedentes patológicos de interés que en contexto de estudio por estancamiento ponderal, se realiza analítica sanguínea en que se evidencia hemoglobina (Hb) de 6,1 g/dl, hematocrito (Hto) 23,4%, reticulocitos 3,6% y ferritina 1,4 ng/dl. El paciente se encontraba asintomático y clínicamente estable. El segundo paciente se trata de un lactante de 13 meses, sano, que consulta en urgencias pediátricas por cuadro febril de 6 días de evolución y pérdida de peso en las últimas semanas. Se solicitan pruebas complementarias en las que se constata Hb 5,4 g/dl, Hto 18,5%, reticulocitos 3,4% y ferritina 20,5 ng/ml sin otras alteraciones analíticas reseñables y una exploración física normal salvo palidez mucocutánea. En los dos casos se decide ingreso para estudio y tratamiento de la anemia. Cabe destacar en ambos pacientes que el patrón de alimentación adoptado por los cuidadores fue el conocido como *baby-led weaning* el cual se consideró la causa de la anemia al resultar normales el resto de estudios realizados. Se inició, en los dos, tratamiento con hierro oral precisando en el segundo caso, transfusión de concentrado de hematíes. La evolución posterior fue favorable con normalización progresiva de los parámetros analíticos.

Conclusiones. En la alimentación complementaria dirigida por el bebé (*baby-led weaning*) es el niño quien dirige el proceso de diversificación alimentaria. El propio lactante, a partir de los 6 meses se lleva a

la boca trocitos de alimentos blandos, utilizando sus manos. Aunque ofrece algunas ventajas (comodidad, autonomía del bebé, menor riesgo de obesidad), conlleva ciertos riesgos y requiere un estrecho seguimiento del estado nutricional. Los principales inconvenientes son el riesgo de atragantamiento, menor variedad alimentaria de la recomendada, ingesta insuficiente para un crecimiento adecuado acarreado déficits nutricionales fundamentalmente de hierro y pudiendo acabar en una situación de fallo de medro. Parece importante en nuestros días que los pediatras conozcamos esta nueva técnica de alimentación para poder responder a las preguntas de los padres sobre su eficacia y seguridad.

LA IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. Corral Hospital S, Rodríguez Rodríguez M, Serena Gómez G, Doval Alcalde I, Javaloyes Soler G, Martín Armentia S. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El disrafismo espinal oculto (DEO) es un conjunto de malformaciones que se caracterizan por la fusión incompleta de tubo neural, en las que la lesión se encuentra cubierta por piel. Un tipo de DEO es la médula anclada.

Objetivo. Enfatizar la importancia de realizar una exploración física minuciosa en pediatría, sobre todo durante las revisiones del primer año de vida. Un diagnóstico y un tratamiento precoz evitaran las secuelas ortopédicas y urológicas de esta enfermedad, que en muchos casos, pueden ser irreversibles.

Caso clínico. Lactante de 4 meses de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Desarrollo psicomotor adecuado para su edad. Sin clínica de ningún tipo. Durante una revisión rutinaria en su centro de salud le visualizan una fosita sacra sin fondo visible, no objetivada en revisiones neonatales.

Es derivada a su centro hospitalario de referencia para realizar ecografía de la región lumbosacra. Se identifica un ensanchamiento del canal raquídeo a nivel terminal con imagen ecogénica en el extremo distal y lipoma acompañante. Hallazgos compatibles con médula anclada, por lo cual se realiza RMN con sedación. En ella se identifica un complejo malformativo a nivel sacro consistente en un defecto de fusión del arco de S5 con cono medular bajo con filium terminal anclado a lipoma intradural, seno dérmico con extensión a S5 y a nivel intramedular, una lesión compatible con ventrículo terminal. Se canalizó al Servicio de Neurocirugía del Hospital de referencia. A los 14 meses se le somete a cirugía para reparar los defectos. La evolución quirúrgica fue favorable sin complicaciones.

Conclusión. Existen alteraciones cutáneas que se asocian a la presencia de DEO, siendo en muchos casos la única manifestación inicial de estas. Las consecuencias de DEO (ortopédicas, neurológicas y urológicas) pueden llegar a ser irreversibles, por lo que es de vital importancia pensar en este tipo de malformaciones ante la presencia de lesiones cutáneas a nivel dorsolumbar y no olvidarse de su cribado para su detección precoz.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS SIGNOS INDIRECTOS DE INFLAMACIÓN EN ECOGRAFÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE APENDICITIS. De Ponga López P¹, Polanco Zea PM¹, Aguiar Jar P¹, Andrés de Álvaro M¹, Callejo Pérez P², Velasco Zúñiga R¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivo. Analizar el valor diagnóstico de la presencia de signos indirectos de inflamación en ecografía solicitadas a pacientes con sospecha de apendicitis aguda.

Material y métodos. estudio retrospectivo unicéntrico, realizando revisión sistemática de la historia clínica digitalizada de los pacientes atendidos en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas a los que se le solicitó una ecografía abdominal por sospecha de apendicitis aguda entre el 01/07/2016 y el 30/06/2017.

Resultados. Durante este periodo se solicitó ecografía abdominal a 142 pacientes, visualizándose el apéndice en 85 de ellos (59,9%). En 34 pacientes (40%) el diámetro apendicular era de 7 mm o superior. Se intervinieron quirúrgicamente 30 de ellos (88,2%), siendo diagnosticados finalmente de apendicitis 29 (96,7%). En 51 (60%) se informó como de diámetro inferior a 7 mm, de ellos 4 pacientes (11,8%) fueron intervenidos quirúrgicamente, presentando 3 de ellos un diagnóstico final de apendicitis aguda. En cuanto a los signos indirectos de inflamación en ecografía mostramos en la siguiente tabla su asociación con el diagnóstico de apendicitis en nuestra muestra:

| Signo ecográfico | Apendicitis NO (n= 107) | Apendicitis SÍ (n= 35) | p |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|--------|
| Líquido libre escaso o moderado | 43 (40,2%) | 26 (74,3%) | < 0,01 |
| Adenopatías en FID | 70 (65,4%) | 20 (57,1%) | 0,38 |
| Inflamación de la grasa adyacente | 9 (8,4%) | 21 (60%) | < 0,01 |
| Flemón apendicular | 0 (0%) | 0 (0%) | - |

En nuestra muestra la ausencia de líquido libre en un paciente en el que no se visualizó el apéndice permite descartar una apendicitis con una sensibilidad del 100% (IC 95% 43,-100) y un **valor predictivo negativo del 100%** (IC 95% 90,1-100). La ausencia de adenopatías en FID, en un paciente en el que no se visualizó el apéndice permite descartar una apendicitis con una sensibilidad del 100% (IC 95% 43,9-100) y un **valor predictivo negativo del 100%** (IC 95% 85,1-100).

Conclusión. En los pacientes en los que no es posible visualizar el apéndice en la ecografía abdominal, la ausencia de adenopatías y líquido libre en la fosa iliaca derecha **permite descartar una apendicitis con seguridad.**

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE APENDICITIS.

De Ponga López P¹, Polanco Zea PM¹, Ortiz Martín N¹, Torres Aguilar L¹, Burgueño Rico R², Callejo Pérez P³, Velasco Zúñiga R¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. ²Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivo. Analizar el valor diagnóstico de los ítems recogidos en el Pediatric Appendicitis Score (Samuel M. J Pediatr Surg, 2002) en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo unicéntrico, realizando revisión sistemática de la historia clínica digitalizada de los pacientes atendidos en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas valorados por sospecha de apendicitis aguda entre el 01/07/2016 y el 30/06/2017, analizando posteriormente los datos recogidos con programa STATA.

Resultados. Se analizaron datos de 142 pacientes. La mediana de edad fue de 126,1 meses (P25-P75: 91,2 – 145,2) con un predominio del sexo masculino (57,8%). La mediana de horas de evolución de la clínica fue de 24 (P25-P75: 6-48). La prevalencia de apendicitis aguda en la muestra fue del 24,7% (35 pacientes). La presencia de síntomas y signos analíticos en los pacientes de la muestra se presenta en la siguiente tabla:

| Síntoma/Signo | Apendicitis NO (n= 107)* | Apendicitis SÍ (n= 35) | p |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------|
| Dolor en FID | 79 (73,8%) | 32 (91,4%) | 0,03 |
| Migración del dolor a FID | 19 (17,8%) | 12 (34,3%) | 0,04 |
| Anorexia/Hiporexia | 25 (23,4%) | 13 (37,1%) | 0,11 |
| Náuseas/Vómitos | 60 (56,1%) | 26 (74,3%) | 0,06 |
| Tª > 37,3°C | 36 (33,6%) | 10 (28,6%) | 0,58 |
| Dolor a la tos, percusión | 0 (0%) | 0 (0%) | - |
| Leucocitos > 10.000 | 42 (44,2%)* | 31 (88,6%) | < 0,01 |
| Neutrófilos > 7.500 | 32 (33,7%)* | 31 (88,6%) | < 0,01 |

*Solo se realizó analítica sanguínea en 95 pacientes sin apendicitis.

La mediana del PAS en los pacientes sin apendicitis fue de 4 (P25-P75: 2-5), mientras que en aquellos con apendicitis fue de 5 (P25-P75: 4-6). El área bajo la curva del PAS para el diagnóstico de apendicitis aguda fue de 0,795 (IC 95% 0,720-0,859). Un valor inferior o igual a 3 permite descartar una apendicitis aguda con una sensibilidad del 97,1% (IC 95% 85,5-99,5) y un valor predictivo negativo del 98,1% (IC 95% 89,8-99,7).

Conclusión. El Pediatric Appendicitis Score presenta un buen valor diagnóstico en los pacientes con sospecha de apendicitis aguda. Un valor inferior o igual a 3 permite descartar una apendicitis con seguridad.

Sábado 11 de noviembre - Sala 2: Aula Luis de Mercado

Moderadores: María Miñambres Rodríguez y
Sonia Caserío Carbonero

PROTEINURIA E INSUFICIENCIA RENAL EN NEONATO DE 14 DÍAS DE VIDA. *González S, Fernández A, Martínez J, Fernández M, Hevia A, Álvarez L, Benavent R, Caballero O. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. El síndrome nefrótico congénito (SNc) es una patología infrecuente que se presenta los tres primeros meses de vida. En su mayoría de origen genético, generalmente debido a mutaciones en los genes codificadores de las proteínas podocitarias. La insuficiencia renal al debut de la enfermedad es excepcional y se asocia a variantes de mal pronóstico. Se presenta el caso de un neonato de 14 días de vida ingresado por edemas y proteinuria.

Caso clínico. Paciente de 14 días de vida traída al Servicio de Urgencias por edema en párpados y dorso de manos y pies, y oliguria de 4 días de evolución. A su ingreso presenta hipertensión arterial, soplo sistólico panfocal II/VI, datos de insuficiencia renal (elevación de urea y creatinina, hiponatremia, hipocalcemia y acidosis metabólica) y proteinuria en rango nefrótico (índice proteína/creatinina en micción aislada = 50). Ecografía cardiaca: miocardiopatía hipertrófica probablemente secundaria a HTA. Ecografía renal: riñones de tamaño normal con aumento de ecogenicidad del parénquima y pérdida de diferenciación cortico-medular. No evidencia de malformaciones. Exploración oftalmológica normal. Se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Pediatría para monitorización, tratamiento antihipertensivo, expansión con suero salino fisiológico y diurético a dosis crecientes, con escasa respuesta, aumentando el edema y desarrollando anuria en menos de 24 horas. Ante la mala evolución clínica se traslada a UCI neonatal del Hospital de La Paz, donde se ofrece depuración extrarrenal que los padres de la paciente rechazan. Presenta deterioro clínico progresivo y desarrolla edema agudo de pulmón. Fallece por parada

cardiorrespiratoria al cuarto día de ingreso. Estudio genético: mutación en heterocigosis en gen WT1: c.1390G> A; se solicitó estudio de los padres (pendiente de resultado). Necropsia: a nivel renal, esclerosis mesangial difusa glomerular.

Comentarios. El gen WT1 codifica un factor de transcripción implicado en el desarrollo renal y gonadal. Las mutaciones en WT1 (cromosoma 11 p13) se asocian a SNc con evolución rápida a insuficiencia renal terminal, hipertensión arterial de difícil control y esclerosis mesangial difusa. El pronóstico de estos pacientes es malo, con una elevada mortalidad en los primeros meses de vida.

INFECCIÓN NEONATAL POR CITOMEGALOVIRUS: ¿CONGÉNITA O ADQUIRIDA? *Doval Alcalde I, del Olmo Fernández M, Corral Hospital S, Javaloyes Soler G, Serena Gómez G, Martín Armentia S, de la Torre Santos S, Uruña Leal C. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. El citomegalovirus (CMV), es un virus ADN que afecta solamente a los humanos. Puede causar infección primaria, quedarse latente y reactivarse posteriormente. Es la causa más común de infección intrauterina. Puede ser transmitido al recién nacido durante el período neonatal, los mecanismos de transmisión son a través de las secreciones vaginales en el canal del parto, de la leche materna o las transfusiones. La infección congénita es la más grave, pudiendo causar importantes secuelas neurológicas y del desarrollo. Sin embargo, las secuelas en la infección adquirida suelen ser infrecuentes, especialmente en niños a término.

Caso clínico. Lactante de 26 días de vida derivado desde el centro de salud por hipoglucemia y decaimiento. Como únicos antecedentes destacables: Estreptococo del grupo B positivo en cultivos maternos con profilaxis antibiótica intraparto incompleta. A la exploración destaca afectación del estado general con hipotonía generalizada, palidez cutánea, relleno capilar mayor de 2 segundos y gradiente térmico. Asocia quejido intermitente y rachas de taquipnea. Ante sospecha de sepsis neonatal tardía se inicia antibioterapia empírica previa recogida de cultivos, y se instaura tratamiento con sueroterapia remontando hipoglucemia inicial. Durante las primeras horas de ingreso precisa soporte respiratorio con gafas nasales, permaneciendo estable desde el punto de vista hemodinámico. A las 48 horas del ingreso se objetiva exantema micropapular generalizado y persistencia de fiebre, por lo que dentro de las pruebas complementarias se solicita PCR para CMV en orina, que resulta positiva. Ante dichos resultados se estudió la posible vía de contagio detectando DNA de CMV en leche materna. No se evidenció CMV en muestra sanguínea del screening metabólico del recién nacido por lo que se diagnosticó de infección por CMV adquirida por lactancia materna al poco tiempo de nacer. Tras 7 días de ingreso la evolución es favorable y es dado de alta asintomático. En los controles posteriores al alta no se aprecian complicaciones.

Discusión. La importancia de este caso radica en diferenciar si hubo contagio durante la gestación o postnatal, ya que el manejo difiere debido a las secuelas y la gravedad de la primera por lo que se solicitó determinación de CMV en sangre seca extraída para screening metabólico (48 horas de vida).

MANEJO CONSERVADOR DEL RIESGO INFECCIOSO EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO Y CASI A TÉRMINO: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN NUESTRO CENTRO. *Rodríguez Fernández A, Rodríguez-Blanco S, Alonso-Quintela P, Jiménez-González A, Rosón-Varas M, Castañón López L, Palau-Benavides MT. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. Es un estándar de cuidados que los recién nacidos (RN) con sospecha clínica de sepsis reciban de forma precoz antibioterapia empírica, previa recogida de cultivos. Sin embargo, no existe consenso en cuanto al manejo del RN a término (RNT) y casi a término asintomático con riesgo infeccioso. De hecho, en los últimos años muchos profesionales han alertado sobre el peligro del uso indiscriminado de los reactantes de fase aguda en la valoración de estos niños, por los riesgos inherentes al sobreuso de antibióticos y resaltan que los signos clínicos pueden ser un indicador más sensible de sepsis neonatal que cualquier test de laboratorio.

Objetivos. Siendo conocedores de la problemática descrita y la existencia de centros con buena experiencia en el manejo conservador del riesgo infeccioso, nos propusimos saber si era posible cambiar nuestra práctica clínica en nuestro centro.

Población y método. Tras una búsqueda sistemática de la evidencia disponible y en base a ella, formulamos un protocolo en el que aquellos RN con EG \geq 35 semanas con cualquier factor de riesgo infeccioso, o combinación de los mismos diferente de la corioamnionitis, serían manejado con exploraciones físicas seriadas durante las primeras 48 horas de vida, realizándose pruebas complementarias e iniciándose antibioterapia solo en caso de sintomatología.

Resultados. Nuestro nuevo protocolo se implantó en marzo de 2017. Hasta la fecha han sido evaluados 192 niños con riesgo infeccioso, de un total de 1.059 RN vivos (18,1%) con edad gestacional media de 39,1 semanas y peso medio de 3.162 g. En los primeros 7 días de vida ingresaron 14 niños (7,3%), de los cuales 3, fueron por alteración del protocolo, sin evidenciarse datos de sepsis. En el análisis a largo plazo, se observó que en el periodo de 7 a 28 días de vida ingresaron 5 niños; y de los 28 días a los 3 meses de vida, lo hicieron otros 5.

Conclusiones. Según nuestros datos preliminares, para los RN asintomáticos con riesgo infeccioso la evaluación de laboratorio no parece ofrecer ventajas sobre una exploración física protocolizada. Esta estrategia simple deriva en una disminución de las pruebas complementarias, separación madre-hijo y uso de antibióticos.

HEMORRAGIA SUPRARRENAL NEONATAL. ¿ACTITUD ESPERANTE? SERIE DE CASOS DE NUESTRO CENTRO. *Corral Hospital S, Martín Armentia S, Serena Gómez G, Doval Alcalde I, Javaloyes Soler G, del Olmo Fernández M, Peña Valenceja A, Urueña Leal C. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. La hemorragia suprarrenal neonatal tiene una incidencia estimada de dos casos por cada 1.000 recién nacidos, aunque frecuentemente es infradiagnosticada. Presentamos 3 casos de nuestro centro en 16 años.

Caso 1. Recién nacido a término. Cesárea por presentación de nalgas. APGAR 9/10. A la exploración presenta ictericia y masa palpable en hipocondrio izquierdo. Ecografía abdominal: masa ecogénica a nivel suprarrenal izquierdo compatible con hemorragia suprarrenal por lo que se decide control evolutivo. A los 20 días de vida presenta alteración del estado general y crecimiento de la masa suprarrenal. Se realiza RMN abdominal: contenido heterogéneo interior sin signos de sangrado, lo que sugería neuroblastoma. Se decide intervención quirúrgica. La anatomía patológica de la pieza confirma el diagnóstico.

Caso 2. Recién nacido a término. Parto vaginal eutócico. APGAR 9/10. Ingreso al 4º día de vida por ictericia y sospecha de infección del tracto urinario. En ecografía abdominal: imágenes hematoma subcapsular hepático y hemorragia suprarrenal derecho. Se realiza TAC abdominal que confirma el diagnóstico y en el que se visualiza también signos de reflujo vesicoureteral izquierdo. Se realizó estudio de catecolaminas en sangre y en orina que resultaron normales. Evolución favorable con secuela de calcificación suprarrenal.

Caso 3. Recién nacido a término. Parto vaginal instrumentado con ventosa. APGAR 2/5/10. pH de cordón 6,98. REA III. Requiere ventilación no invasiva durante 24 horas. No presentó signos de encefalopatía. Presenta ictericia rebelde al tratamiento con fototerapia por lo que se realizó estudio con ecografía abdominal en la que se visualizan imágenes sugerentes de hemorragia suprarrenal bilateral. Se decide actitud expectante con control ecográfico y analítico. Niveles de cortisol y ACTH en el límite de la normalidad durante los dos primeros meses de vida, sin otros signos de insuficiencia suprarrenal. Se decidió aplazar vacunación de los dos meses hasta la normalización de los valores.

Conclusiones. El tratamiento de la hemorragia suprarrenal es conservador, es rara la insuficiencia suprarrenal. No existen datos para el diagnóstico con test de estímulo de ACTH en recién nacidos. El neuroblastoma es el principal diagnóstico diferencial.

RECEPTORES DE LECHE HUMANA DONADA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA. *Zamora González N, Samaniego Fernández CM, Montejo Vicente M, Sánchez Moreno MG, Morales Luengo F, Librán Peña A, Bolívar Ruiz P, Caserio Carbonero S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. El número y la actividad de los Bancos de Leche está creciendo. Sin embargo, se dispone de escasa información sobre las indicaciones para el uso de leche humana donada y cómo establecer prioridades en su suministro.

Objetivos. Describir las características de los receptores de leche humana donada y las características de su consumo en una Unidad de Neonatología.

Población y método. Estudio descriptivo. Se incluyeron todos los recién nacidos ingresados en nuestra unidad que recibieron leche donada desde Enero a Diciembre de 2016. Variables estudiadas: edad gestacional, peso al nacer, motivo de administración, volumen consumido, cumplimiento del protocolo de asignación, causa de retirada, alimentación durante el ingreso y alimentación al alta. Análisis de los datos con el programa SPSS v15.

Resultados. Durante este período recibieron leche donada 65 niños y el volumen consumido fue 92,750 L. La edad gestacional media fue 32,5 semanas (DS \pm 3,97), y el peso medio al nacer 1.842,23 g (DS \pm 783). El motivo más frecuente para su administración fue la edad gestacional menor de 32 semanas o peso inferior a 1.500 g (49,2%). Otros motivos fueron: edad gestacional 32ª a 34ª semanas (29,2%), asfisia perinatal (1,5%), portar vía central (1,5%), otras indicaciones (18,5%). En el 63,1% la duración de la administración se ajustó al protocolo y en el 36,9% fue superior. Durante su ingreso el 81,6% recibió leche de madre propia. El 93,8% inició la alimentación enteral con leche donada, y en el 35,4% se retiró por disponer de leche de madre propia. Al alta, el 29,2% recibe lactancia materna exclusiva, 38,5% lactancia mixta, y 32,3% lactancia artificial. En el grupo con edad gestacional menor de 32 semanas o peso inferior a 1.500 gramos (n = 32) el volumen consumido fue 64,950 L, la duración media 15,3 días (DS 16,5), y la mediana de consumo 700 ml (RIC 250 - 2787,5).

Conclusiones. En nuestra experiencia, el grupo principal de receptores de leche donada está formado por recién nacidos prematuros con edad gestacional menor de 32 semanas o peso inferior a 1.500 g. Además, ha sido posible su administración en la asfisia perinatal, portadores de vía central, prematuros de 32ª a 34ª semanas y otras indicaciones, cumpliendo la duración establecida por el protocolo en todos los casos. La mayoría recibió leche donada para iniciar la alimentación enteral, y en un tercio se pudo retirar por disponer de leche de madre propia en cantidad suficiente.

REVISIÓN DE LAS HIPOGLUCEMIAS NEONATALES HOSPITALARIAS. Romero García C, Garrido Pedraz JM, Marco Sánchez JM, García Salamanca YA, Martínez Pereira A. Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La hipoglucemia neonatal es el resultado de un desequilibrio entre el aporte de glucosa y su utilización. Presenta una elevada prevalencia en las unidades de maternidad y neonatología de nuestro medio (5-7%, aumentando hasta el 14,7% en prematuros), algunos de los cuales pueden pasar desapercibidos debido a la ausencia de sintomatología, otros pueden dar una sintomatología muy florida (alteraciones de la conciencia, hipotonía, temblores, taquipnea...). El tratamiento puede hacerse por vía oral/enteral o parenteral (intravenosa) en función de la sintomatología, morbilidad, tolerancia y cifras de glucemia del niño. La identificación de los factores asociados a hipoglucemia es importante para realizar una adecuada profilaxis, así como el momento de medida de la glucemia.

Objetivos. Conocer la incidencia de la hipoglucemia neonatal en nuestro medio, así como evaluar los principales factores de riesgo asociados a ella, su gravedad y si precisó ingreso. Evaluar las diferentes modalidades de tratamiento y su duración en cada caso. Por último, reseñar las diferencias entre neonatos que precisaron ingreso y los que se trataron en la Maternidad sin necesidad de ingreso.

Material y método. Estudio analítico, descriptivo-retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los RN con incidencia de la hipoglucemia neonatal en nuestro medio. Se han seleccionado los casos diagnosticados y registrados en el Hospital Universitario de Salamanca entre el Enero de 2015 y Diciembre de 2016, realizando el análisis con el programa estadístico SPSS (edición 22). Se ha tenido en cuenta la hipoglucemia como valores inferiores de 45 mg/dl obtenidos por glucemia capilar.

Resultados. Recogimos 181 casos de hipoglucemia neonatal durante este periodo de dos años. 58 casos en maternidad, 39 ingresados en Neonatología con el diagnóstico principal de hipoglucemia neonatal y 84 ingresados debido a otras auras que además presentaron una hipoglucemia. Sexo masculino 101 (55,8%) vs. Femenino 80 (44,2%). Factores de riesgo: 32,6% prematuros, 25,4% hijo de madre diabética y 19,9% CIR 37,57% PBEG. El resultado medio de las hipoglucemias mínimas diagnosticadas fue de 32,34 mg/dl.

Conclusión. La incidencia de hipoglucemia en nuestro hospital fue similar a la encontrada en la literatura. La incidencia de pretérminos y CIR fue menor en la maternidad, como es lógico, respecto a los RN ingresados por estos motivos y que fueron ingresados. Así mismo, hemos visto una incidencia similar en el resto de factores de riesgo de hipoglucemia tanto en niños que requirieron ingresos como en los que no.

TEMPERATURA AL INGRESO EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO (RNMBP) Y FACTORES PERINATALES ASOCIADOS. Sánchez Moreno MG, Izquierdo Caballero R, Montejo Vicente MM, Zamora González N, Infante López ME, Samaniego Fernández CM, Cebrián Fernández R, Caserío Carbonero S. Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El mantenimiento de la temperatura (T^a) corporal tras el nacimiento en los recién nacidos es un objetivo prioritario, dado que la baja T^a se asocia con mayor morbimortalidad (hipoglucemia, acidosis metabólica, mayor consumo de oxígeno...). Los recién nacidos prematuros son especialmente vulnerables a sufrir hipotermia.

Objetivos: Analizar la temperatura al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de los recién nacidos de muy bajo peso (< 1.500 g) y/o < 32 semanas de edad gestacional (EG), identificar

las variables perinatales que se asocian con una reducción de la misma y comparar los datos en dos periodos (2010-2015 y 2016-2017), tras los cambios introducidos a partir del año 2016 (uso de bolsas de polietileno, sesiones de formación).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes < 1.500 g y/o < 32 semanas de EG ingresados en una unidad neonatal de nivel III desde enero de 2010 hasta agosto de 2017. Se revisaron la temperatura al ingreso en UCIN y los factores perinatales.

Resultados. Se incluyeron 209 pacientes. El peso al nacimiento (PRN) y la EG (media \pm DE) fueron 1.292,2 \pm 305,1 g y 29,8 \pm 2,3 semanas, respectivamente. La T^a media al ingreso fue de 35,8 \pm 0,7°C (rango: 32,0-38,2°C) y presentaron T^a inferior de 36°C el 54,5% de los pacientes. Las variables perinatales asociadas a un mayor riesgo de hipotermia fueron: menor peso al nacimiento (p 0,000), antecedente de hipertensión materna (p 0,002) y nacimiento en horario de guardia (p 0,034). El 60,8% de los niños que precisaron reanimación avanzada \geq 3 presentaron T^a al ingreso < 36°C (p 0,077). No encontramos asociación con corioamnionitis, amniorrexis prolongada, tipo de parto, corticoides antenatales ni Apgar \leq 5 a los 5 minutos. La T^a media al ingreso en el periodo 2010-2015 fue de 35,7 \pm 0,8°C y en el periodo 2016-2017, 36,06 \pm 0,6°C (p 0,009). En el primer periodo el 57,6% de los niños presentaron T^a menor de 36°C al ingreso frente al 45,1% del segundo periodo (p 0,12).

Conclusiones. La proporción de recién nacidos con peso < 1500 g y/o < 32 semanas de EG que ingresan con hipotermia en nuestro centro es elevada con respecto a otros estudios publicados. La principal variable relacionada con la hipotermia fue el menor peso al nacimiento. Con las medidas adoptadas durante los últimos dos años hemos conseguido una mejora significativa en la T^a al ingreso de estos niños y debemos seguir en esta línea. Es necesaria la concienciación de todo el personal sanitario sobre la importancia de mantener una T^a corporal adecuada tras el nacimiento, para minimizar la hipotermia y sus consecuencias a corto y largo plazo.

SOMATOMETRÍA NEONATAL: ESTUDIO DE CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR; PAPEL DE LA ENFERMERÍA Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA. Santos Fernández M¹, Martín Armentia S², Corral Hospital S³, Fernández González MA¹, Javaloyes Soler G³, Serena Gómez G³, Doval Alcalde I³, Andrés de Llano JM². ¹Enfermero, ²Pediatra, ³MIR. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El control de calidad de la antropometría neonatal es indispensable en la obtención de mediciones confiables. Para lograr la estandarización antropométrica se debe poseer de un instrumento que sea válido y fiable, esto es; preciso, reproducible y concordante en medidas repetidas.

Objetivos. Realizar un estudio de asociación, acuerdo y concordancia entre varios evaluadores y un análisis de la variabilidad interobservador en relación con la medición de longitud y perímetro craneal en neonatos menores de 48 horas.

Metodología. Las mediciones se llevaron a cabo por el grupo de matronas del CAUPA (Observador 1), un enfermero (Observador 2 e Infantómetro 2) y una pediatra (Observador 3 e Infantómetro 3), usando como instrumentos de medición una cinta de teflón y un infantómetro. Se realizó un estudio transversal comprendido entre los meses de Enero y Mayo del 2017, incluyéndose 78 neonatos procedentes de la unidad de pediatría del CAUPA.

Resultados. La medición de la longitud del recién nacido mostró una variabilidad de 0,6 (grado de acuerdo moderado) según el índice de Kappa para el observador 1 y 2 (ambos con cinta métrica flexible). El observador 1 (cinta métrica flexible) y el infantómetro 3 (Infantómetro)

obtuvieron un índice Kappa de 0,58 (grado de acuerdo moderado). En cuanto a la medición entre el infantómetro 2 y 3, ambos con infantómetro se obtuvo una puntuación de 0,92 (grado de acuerdo casi perfecto). Las mediciones del perímetro obtuvieron resultados intercambiables para los Observadores 2 y 3, pero no así para el Observador 1.

Conclusiones. Los errores en la antropometría neonatal pueden influir en los diagnósticos y tratamientos posteriores. Las mediciones de longitud en lactantes utilizando un infantómetro flexible, realizadas por dos observadores independientes, tienen un grado de acuerdo excelente que permite su intercambio sin perjuicio de los resultados obtenidos.

SÍNDROME DE AARSKOG-SCOTT; APORTACIÓN DE CINCO CASOS. *Librán A¹, Ortiz N¹, Mulero I¹, Escribano C¹, De Ponga P¹, Hedrera A¹, Garrote JA², Cancho R¹.* ¹Servicio de Pediatría, ²Genética Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Descripción de las características epidemiológicas, clínicas y genéticas en los pacientes diagnosticados de síndrome de Aarskog.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de síndrome de Aarskog en nuestro centro, mediante revisión de historias clínicas digitalizadas.

Resultados. Se presentan 5 pacientes, cuatro varones y una mujer. Cuatro de los casos comparten la misma mutación (gen FGD1; c.1903 G>A) ya que son el caso guía (diagnosticado a los 11 años y 10 meses por fenotipo sugerente), sus dos hermanos (gemelos dicigóticos) y una prima por rama materna. El otro paciente es un varón con mutación c.2580 G>C, diagnosticado a los 16 meses por sospecha clínica, con neurodesarrollo por el momento normal. La talla al diagnóstico se encontraba entre -0,97 y -3,35 DS, siendo todos prepuberales al diagnóstico. Todos ellos mostraban dismorfias más o menos acusadas, sugerentes del síndrome, destacando implantación del cabello en pico de viuda, hipertelorismo, craneosinostosis metópica, escroto en chal y dedos cortos de manos y pies. Todos los varones presentaron hernia inguinal y criptorquidia. Los cuatro familiares afectos presentan diferencias en su neurodesarrollo, a pesar de compartir la misma mutación, ya que uno de los casos presenta discapacidad intelectual, y los otros tres (incluyendo el caso femenino) diversos grados de problemática de aprendizaje y conductual.

Conclusiones. El síndrome de Aarskog es una enfermedad genética ligada a X causada por mutaciones en el gen FGD1 (Xp11.21); se trata de un cuadro que en varones cursa con dismorfias craneofaciales características, talla baja, y anomalías de las extremidades y genitales, así como alteraciones en neurodesarrollo (déficit cognitivo, problemática conductual, aprendizaje,...). En mujeres se presenta con mismos rasgos fenotípicos de manera atenuada. Los pacientes afectos tienen bajas velocidades de crecimiento durante la infancia, aunque suele existir un brote de crecimiento al final de la adolescencia que condiciona una talla adulta en límites bajos poblacionales. El tratamiento con hormona de crecimiento no mejora la talla final.

ENANISMO MICROCEFÁLICO OSTEODISPLÁSICO PRIMORDIAL. *Zamora González N, Escribano García C, Montejo Vicente M, Infante López ME, Cebrián Fernández R, Palacio Tomás L, Librán Peña A, Caserío Carbonero S.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. Se trata de una enfermedad genética muy rara que pertenece al grupo de los enanismos osteodisplásicos primordiales y se conoce también como síndrome de Taybi-Linder. Su prevalencia es desconocida y se han descrito menos de 30 casos hasta el momento.

Se trata de un trastorno autosómico recesivo que puede ser detectado prenatalmente en controles ecográficos.

Caso clínico. Antecedentes personales: Madre 34 años. G3A2V1. Retraso mental en rama materna. Embarazo: Triple screening superior al corte, amniocentesis con cariotipo 46XY, diagnóstico prenatal de CIR severo en semana 21, oligoamnios severo, microcefalia con órbitas grandes y dilatación de pelvis renal. A las 34+6 semanas nace varón vivo por cesárea tras rotura espontánea de bolsa, que precisa REA III y estabilización con CPAP. Exploración: peso 760 g p< < 3, y PC p< < 3. Al nacimiento se objetivan rasgos dismórficos compatibles con el síndrome Taybi-Linder: microcefalia, nariz prominente con puente nasal plano, ojos saltones, frente huidiza y micrognatia. Alopecia, piel seca, sospecha de craneosinostosis, orejas de implantación baja, paladar ojival, cuello corto, mamilas separadas, pulgar de implantación baja, criptorquidia bilateral, micropene, edema en dorso de manos y pies, coanas pequeñas permeables y extremidades artrogripóticas. **Estudios complementarios:** Screening endocrino-metabólico normal. Se evidencian malformaciones en ecocardiografía (CIV), ecografía abdominal (riñón derecho con displasia multiquística) y cerebral (lisencefalia, agenesia de cuerpo calloso y fusión gangliotalámica) PEAT-C y potenciales visuales negativos. Secuenciación del gen RNU4ATAC con presencia en heterocigosis de mutaciones n50G>A y n51G>A que confirman enanismo microcefálico osteodisplásico primario a los 7 meses de edad. En el estudio genético de los progenitores se evidenció que cada padre es portador de una mutación. **Evolución:** Actualmente el paciente tiene año y medio de edad, come sin atragantarse, no presenta crisis convulsivas, frecuentes en este síndrome, carece de mirada y sonrisa social y tiene un déficit intelectual importante con escaso potencial de desarrollo. Los PEAT-C y potenciales evocados continúan siendo negativos.

Conclusiones. Resulta fundamental el diagnóstico precoz y el estudio genético de los progenitores para realizar un adecuado consejo genético. El tratamiento es meramente de soporte y el pronóstico de vida no suele superar los 28 meses aunque en algún caso puede llegar hasta la adolescencia. Debido al escaso potencial de desarrollo que presentan estos pacientes, son susceptibles de recibir cuidados paliativos de forma temprana.

REVISIÓN DEL EPISODIO APARENTEMENTE LETAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. *Sánchez Magdaleno M, Arévalo Martín N, Domínguez Cendal G, Vegas Carrón M, Polo de Dios M, Pavón López T, González González M.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. El término Episodio Aparentemente Letal (siglas en inglés, ALTE) fue definido por consenso de expertos en 1986 para sustituir a Síndrome de Muerte Súbita Frustrada. Consiste en un suceso inesperado, brusco que impresiona de riesgo vital al observador y combina clínica respiratoria, cambio de coloración y alteraciones del tono muscular. Actualmente este término se encuentra obsoleto debido a la incertidumbre que genera en los profesionales con una respuesta asistencial muchas veces desmesurada basada más en una actitud defensiva que en el conocimiento científico.

Comentario. El manejo del ALTE se halla en constante revisión. Según los protocolos que conocíamos hasta ahora, ante un primer episodio de escasa duración en un paciente mayor de 1 mes con exploración física normal y sin factores de riesgo, tras un periodo razonable de observación, puede ser dado de alta con reevaluación en atención primaria. No obstante, si alguno de estos requerimientos no se cumple se precisa de ingreso con monitorización continua que, solo si el paciente se encuentra asintomático y sin factores de riesgo, puede ser dado de alta en 24 horas. A pesar de ello, en muchos de estos casos, por dudas

en los facultativos por falta de un consenso claro o por inquietud de los padres, se solicitan pruebas como analíticas de sangre o de orina, estudios de imagen, análisis de líquido cefalorraquídeo o test de virus, entre otras. Además, si con estos primeros exámenes no se llega a un diagnóstico se llegan a realizar pruebas más avanzadas como estudios cardiológicos, neurológicos o de deglución. En abril de 2016 la Academia Americana de Pediatría (AAP) publica una nueva guía de práctica clínica que recomienda la sustitución del término ALTE por BRUE (*"Brief Resolved Unexplained Events"*) o en español, evento breve, resuelto e inexplicado con la intención de definir de una forma más precisa la situación y el riesgo del paciente, evitar el uso desmesurado de intervenciones y conseguir un término más específico que permita mejorar la atención médica, sobre todo gracias a que quien define el evento es el clínico y no el observador. En este contexto, y aprovechando el estado de revisión, se ha realizado un estudio con 34 pacientes que fueron ingresados en los últimos 5 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico de Salamanca con diagnóstico de ALTE. La principal intención es la de analizar sus particularidades, los motivos que hasta ahora han prevalecido para su ingreso, los exámenes desempeñados y las posibles causas encontradas tras la realización de los mismos. Dentro de las circunstancias en las que se presentan predominan los episodios con las tomas, seguido de aquellos que aparecen durante el sueño. Además, en la gran mayoría se extrajo una muestra sanguínea, se realizaron test de virus respiratorios, así como diversas interconsultas.

Conclusiones. De esta reflexión podemos concretar que, a pesar de que el ALTE es una circunstancia que crea gran ansiedad tanto a padres como a clínicos, la mayoría de ellos son eventos de bajo riesgo que podrían beneficiarse de una actuación más conservadora reduciendo así el número de pruebas y priorizando una adecuada exploración física y observación, aparando los estudios más agresivos a los niños con episodios de riesgo mayor.

Sábado 11 de noviembre - Sala 3: Aula José Zorrilla

Moderadores: Selma Vázquez Martín y Antonio Hedrera Fernández

ATAXIA ESPINOCEREBELOSA TIPO 6 DE APARICIÓN PRECOZ. *Esteban Sanz R, Ferragut Ferretjans F, Conejo Moreno D, Bernúes López E, Elizondo Alzola A, Ibáñez Llorente R, Aguerrevere Machado MP, Hortigüela Saeta MM. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La ataxia espinocerebelosa tipo 6 (SCA6) es una enfermedad de aparición tardía y progresión lenta que se caracteriza por una marcha atáxica y otros signos cerebelosos. Tiene una herencia autosómica dominante y es causada por una mutación en el gen CACNA1A que codifica una subunidad alfa1 de un canal de calcio dependiente de voltaje necesario para una adecuada comunicación neuronal del cerebro. La edad de aparición habitualmente comprende entre los 20 y 60 años de edad. El diagnóstico se sospecha ante las manifestaciones clínicas y se confirma mediante estudio genético. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras expresiones de la mutación CACNA1A, como la migraña hemipléjica familiar y la ataxia episódica tipo 2. No existe tratamiento curativo, aunque la acetazolamida puede ayudar con los episodios de ataxia.

Caso clínico. Niña de 5 años de edad en seguimiento en neuropediatría desde los 2 años y medio por trastorno complejo del movimiento y retraso psicomotor. Se realiza estudio metabólico, cariotipo, estudio de X frágil y resonancia magnética craneal, siendo todas estas pruebas normales. Se prueba tratamiento con agonistas dopaminérgicos durante

dos semanas sin respuesta. Presenta una evolución cognitiva favorable con avance lento a nivel motor con marcha atáxica persistente, por lo que se realiza estudio genético de ataxia congénita presentando una mutación en el gen CACNA1A. Ante el cuadro clínico y la canalopatía se diagnostica de ataxia espinocerebelosa tipo 6. Se inicia tratamiento con acetazolamida siendo ineficaz.

Conclusiones. La SCA6 es una entidad propia del adulto, no obstante, no se puede descartar en la infancia si la genética y la clínica es compatible. Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad no son específicas, por lo que es preciso identificar la mutación en el gen CACNA1A para su diagnóstico. A pesar de no existir un tratamiento curativo, es importante su diagnóstico precoz para facilitar apoyos a estos pacientes.

CARDIOPATÍA COMO SIGNO GUÍA DE ENFERMEDAD NEUROLÓGICA. *Pérez Basterrechea B¹, Álvarez Álvarez N¹, Blanco Lago R¹, Carrera García L¹, Bernardo Fernández B², Ibáñez Fernández A¹, Fernández Barrio B¹, Málaga Diéguez I¹. ¹AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés.*

Introducción. Algunas enfermedades neurológicas pueden tener patología cardiológica asociada, pudiendo ser esta la única e inicial manifestación clínica de la enfermedad. Por ello, para su diagnóstico, resulta fundamental tener un alto grado de sospecha clínica. Presentamos 3 casos en los que la afectación cardiaca fue el signo guía que orientó el diagnóstico de estos pacientes

Casos clínicos. **1^{er} caso:** Lactante de 3 meses que acude a urgencias por postración en contexto febril. Se realiza radiografía de tórax en que se constata cardiomegalia, y la ecocardiografía muestra una miocardiopatía hipertrófica. En la exploración destacan hipotonía, arreflexia y hepatomegalia. Se completan estudios que confirman enfermedad de Pompe y se inicia tratamiento enzimático sustitutivo. **2^o caso:** Recién nacida con sospecha de Esclerosis Tuberosa (CET) por hallazgo de rabdomiomas cardiacos en ecografía de la semana 39 de gestación. A su nacimiento se completa estudio, detectándose quistes renales, así como hamartomas subcorticales y nódulos subependimarios en RMN cerebral que, junto con la genética, confirmaron el diagnóstico. El disponer de diagnóstico previo, permitió dirigir el tratamiento cuando a los 7 meses debutó su epilepsia, ya que en estos casos resulta crucial conseguir un control precoz de crisis. **3^{er} caso:** Niño de 12 años valorado en urgencias por caída secundaria a posible síncope. Se realizan electrocardiograma y ecocardiografía compatibles con miocardiopatía hipertrófica. Se rehistoria y explora al paciente, siendo el cuadro compatible con ataxia progresiva. Se completan estudios, con diagnóstico de Ataxia de Fiedrich con genética confirmatoria

Comentarios. Es de suma importancia conocer las principales entidades neurológicas que asocian cardiopatía, ya que muchas veces las alteraciones cardiológicas son predominantes e incluso la forma de manifestación de la enfermedad, lo cual puede orientar nuestro diagnóstico y la estimación del pronóstico de la enfermedad.

ALGO MÁS QUE VÓMITOS. *Serena G, Martín S, Javaloyes G, Corral S, Doval I, Peña A, Fernández JE. Servicio de Pediatría. Complejo Universitario de Palencia.*

Introducción. La hipertensión intracraneal idiopática (HII) o benigna, conocida también, como seudotumor cerebri (STC), se define por signos y síntomas de aumento de presión intracraneal, con exploración neurológica normal excepto la alteración del VI par craneal, y estudios de líquido cefalorraquídeo y de neuroimagen normales. Esta patología es poco frecuente, pero debido a las consecuencias importantes que

puede tener sobre la agudeza visual, es imprescindible un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato. La fisiopatología no está clara, pero se ha relacionado con diversas causas. Las alteraciones metabólicas y endocrinológicas, especialmente la obesidad, así como procesos infecciosos, hematológicos, afecciones sistémicas (sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico) y traumatismo craneocefálico se han postulado como origen. Todas estas causas producirían una disminución de la reabsorción de líquido cefalorraquídeo en las granulaciones aracnoideas produciendo una alteración en la circulación de dicho líquido con el consiguiente aumento de la presión intracraneal.

Exposición del caso. Niño de 4 años y 4 meses que derivan desde el servicio de Oftalmología con el diagnóstico de edema papilar bilateral. Antecedentes personales: embarazo gemelar bicorial-biamniótico sin incidencias. Cesárea por mala presentación a las 37+3 semanas de gestación. Bronquitis y otitis de repetición. No alergias medicamentosas conocidas. Vacunación correcta para su edad. Hermana gemela sana. Un mes y media antes de la consulta de Oftalmología consulta en varias ocasiones a su pediatra por vómitos y fiebre, recibiendo tratamiento con diferentes antibióticos. Un mes después los vómitos persisten, de manera intermitente, y refiere visión borrosa. Los vómitos mejoran, pero los padres informan que el ojo izquierdo lo gira de forma anómala. Se solicita interconsulta a Oftalmología, quien objetiva un estrabismo convergente del ojo izquierdo y un edema de papila unilateral dudoso. Se realiza una TAC craneal que no muestra hallazgos patológicos. Una semana después, se aprecia edema de papila bilateral con empeoramiento del estrabismo por lo que solicitan control por nuestra parte. La exploración neurológica, antes normal, evidencia parálisis del VI par craneal con estrabismo convergente del ojo izquierdo. La resonancia magnética craneal objetiva aumento del espacio subaracnoideo perióptico, con tenue impronta del nervio óptico sobre la papila, así como aplanamiento posterior de la esclera a nivel bilateral. Se deriva para la monitorización de presión intracraneal mediante punción lumbar con un valor de 35 cmH₂O. El estudio de líquido cefalorraquídeo fue normal. Con el diagnóstico de hipertensión intracraneal benigna idiopática se inicia tratamiento con acetazolamida. Tras dos semanas no presenta mejoría por lo que se añade prednisolona oral (2 mg/kg) durante diez días. Al no conseguirse resolución del cuadro tras 5 semanas se decide iniciar pauta de tratamiento con metilprednisolona intravenosa en bolo. Siete días después se retira por completo el tratamiento dada la mejoría clínica. Actualmente el paciente sigue en seguimiento para control de la evolución.

Discusión y conclusión. Ante un paciente con signos de parálisis del VI par craneal hay que pensar en diferentes etiologías. Entre ellas no podemos olvidar la HII, especialmente si se acompaña de otros síntomas característicos como los vómitos y la cefalea. Es importante destacar que los vómitos solemos relacionarlos con patología gastrointestinal, pero no debemos olvidar que pueden ser una manifestación de aumento de la presión intracraneal. La HII es poco frecuente, pero requiere una actuación rápida para reducir la sintomatología y la posible pérdida de función visual por atrofia del nervio óptico. El tratamiento de primera elección en los niños es acetazolamida, inhibidor de la anhidrasa carbónica. Otra alternativa es el uso de furosemida o corticoides, utilizándose estos de manera complementaria o sustitutiva. El curso de esta enfermedad suele ser satisfactoria, pero hay posibilidades de recurrencia por lo que es imprescindible un estrecho control evolutivo hasta la resolución completa.

HIPOGLUCEMIA NEONATAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO. Corral Hospital S, Martín Arménita S, Javaloyes Soler G, del Olmo Fernández M, Doval Alcalde I, Serena Gómez G, Uruña Leal C, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. La hipoglucemia es una patología frecuente en las unidades neonatales. Es conocido el impacto que esta puede tener en el desarrollo futuro.

Objetivo. Estudiar la evolución neuropsicológica de los recién nacidos diagnosticados de hipoglucemia en nuestro centro.

Material y métodos. 5.582 neonatos fueron hospitalizados durante 10 años (2001- 2015). De ellos, un 5,4% (250 niños) recibió diagnóstico de alta de hipoglucemia. Se registró su seguimiento en consulta de Neurología pediátrica y salud mental posteriormente. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar las características de los ingresos y se estimaron los riesgos asociados controlando el efecto confusor de las distintas variables.

Resultados. El 12,4% correspondieron a neonatos con bajo peso para la edad gestacional y el 11,2% de peso elevado. 71 niños (31%) fueron pretérminos (< 37 SEG). En los modelos de regresión evaluados se utilizaron 24 variables diferentes siendo el modelo final el que se muestra en la siguiente tabla. En ella se muestra con las variables incluidas su nivel de significación, la estimación de riesgo mediante Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC).

| | Sig. | OR | IC 95% de OR | |
|--|-------|-------|--------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Diabetes materna (Sí vs No) | 0,037 | 2,8 | 1,06 | 7,57 |
| Fecundación <i>in vitro</i> (Sí vs No) | 0,028 | 4,6 | 1,174 | 17,8 |
| Horas de suero glucosado | 0,003 | 1,008 | 1,003 | 1,014 |
| Bajo peso al nacimiento (Sí vs No) | 0,035 | 3,1 | 1,08 | 9 |
| Constante | 0,000 | 0,08 | | |

Conclusión. En nuestra cohorte de neonatos hipoglucémicos se asoció a un evento neuropsicológico adverso en pacientes con bajo peso, FIV, prolongación de horas de suero y diabetes materna.

ESPECTRO CLÍNICO DE LA CANALOPATÍA CACNA1A. Ferragut Ferretjans F, Esteban Sanz R, Hortiguela Saeta M, García Oguiña A, Bolea Muguruza G, Morante Martínez D, Mateos Benito A, Arteta Sanz E. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El gen CACNA1A codifica para la subunidad alfa-1 de los canales de calcio voltaje-dependientes y por tanto es el responsable de la entrada de calcio en las neuronas. Se han descrito diferentes mutaciones en este gen causantes de un variado espectro clínico con afectación neurológica. Entre las entidades clínicas descritas asociadas a esta canalopatía se encuentran trastornos del movimiento como: la ataxia espinocerebelosa tipo 6, la ataxia episódica tipo 2; migraña hemipléjica y diferentes síndromes epilépticos.

Caso clínico. Caso 1: Niña de 5 años con retraso psicomotor y trastorno complejo del movimiento. Se descartan metabolopatías, cromosomopatías y patología estructural cerebral. Presenta una evolución cognitiva favorable con persistencia de marcha atáxica, realizándose estudio genético que muestra una mutación en el gen CACNA1A, con lo que se diagnostica de ataxia espinocerebelosa tipo 6. **Caso 2:** Niña de 6 años que ingresa en UCIP con cuadro clínico de cefalea aguda, hemiparesia derecha y disminución del nivel de consciencia con resolución del cuadro a los 7 días. Se descarta patología infecciosa y estructural y se realiza estudio genético mostrando una mutación en el gen CACNA1A, compatible con migraña hemipléjica esporádica.

Conclusiones. Es importante recordar que las canalopatías neuronales muestran una divergencia fenotípica, pudiendo incluso solaparse entre sí diferentes manifestaciones clínicas, por lo que es importante conocer el espectro clínico relacionado con cada mutación.

TABLA I

| Sexo | 1ª CF | 1ª CA | Mutación SCN1A | Tratamiento | Edad actual // Evolución |
|-------|---------------|-------|----------------|--------------------|-------------------------------|
| Mujer | 12 m | 36 m | c.2731 C> T | VPA LEV CLB TPM | EGCFplus // Exitus con 4 años |
| Mujer | 11 m (status) | 36 m | c.2176 G> C | LEV VPA | 5 años // EGCFplus DN |
| Varón | 6 m (status) | No | c.2370 T> A | VPA | 12 meses // CF (status) DN |
| Varón | 17 m | 12 m | c.1076 A> G | LEV VPA TPM ESM | 4 años // EGCFplus DI |

CF: convulsión febril; CA: convulsión afebril. VPA: ácido valproico; LEV: levetiracetam; CLB: clobazam; TPM: topiramato; ESM: etosuximida; EGCF plus: Epilepsia generalizada con CF plus; DN: Desarrollo normal; DI: Discapacidad intelectual.

DEBUT DE ESCLEROSIS TUBEROSA, EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL. *Morante Martínez D, Esteban Sanz R, Ferragut Ferretjans F, Mateos Benito AF, Garrido Barbero M, Aguerrevere Machado MP, Conejo Moreno D, Hortigüela Saeta MM.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El complejo esclerosis tuberosa (TSC) es una enfermedad englobada dentro de los llamados síndrome neurocutáneos. Se caracteriza por alteraciones cutáneas y tumores benignos a nivel de SNC, renal, cardíaco y ocular. Se hereda de forma autosómica dominante identificándose dos genes causantes (TSC1 y TSC2), sin presentar el 80% historia familiar. Presenta penetrancia completa y expresividad variable. El diagnóstico definitivo puede realizarse al cumplir ciertos criterios clínicos y/o radiológicos (2 criterios mayores o 1 mayor con dos menores), o exclusivamente presentando una mutación patogénica.

Casos clínicos. *Caso 1:* Pretérmino de 33 semanas, ingresa en UCIN. Por soplo cardíaco se realiza ecocardiograma que muestra tumoración intramural con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo compatible con rabdomioma cardíaco. Presenta dos maculas hipocrómicas en cadera derecha y región pretibial izquierda. Se deriva a Hospital Gregorio Marañón, donde se realiza resección de tumoración cardíaca y se completa estudio. En la RM craneal se evidencian túberes corticales y nódulos subependimarios. Se realiza despistaje genético, presentando mutación en gen TSC-2. *Caso 2:* Lactante varón de 2 meses que ingresa por crisis convulsivas. Asocia retraso psicomotor y seis manchas acrómicas en hoja lanceolada en diferentes localizaciones. En la RM craneal se observan nódulos subependimarios y túberes corticales. En el Ecocardiograma presenta lesión compatible con rabdomioma sin compromiso funcional. Se diagnostica de TSC al cumplir criterios clínicos y radiológicos suficientes. Pendiente confirmación genética.

Conclusión. El TSC es una enfermedad genética infrecuente en población pediátrica con una forma de presentación variable y afectación multisistémica, siendo necesario un enfoque multidisciplinar. La mayoría de las alteraciones son edad dependiente por lo que es importante conocer las manifestaciones clínicas propias de cada edad. Muchas manifestaciones ponen en riesgo la vida de los pacientes por lo que se necesita un tratamiento y una vigilancia apropiada para limitar la morbimortalidad y conseguir una calidad de vida adecuada.

EPILEPSIA RELACIONADA CON SCN1A; APORTACION DE CUATRO CASOS. *Ortiz N¹, Polanco P¹, Librán A¹, De Ponga P¹, Hedrera A¹, Cancho R¹, Garrote JA².* ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Descripción de las características clínicas, genéticas y terapéuticas de los pacientes afectados de epilepsia relacionada con mutación en gen SCN1A.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas digitalizadas de los pacientes con epilepsia relacionada con mutaciones en gen SCN1A diagnosticados en nuestro centro. Se han registrado 4 pacientes.

Resultados. Tabla I

Conclusiones. Las mutaciones en el gen SCN1A condicionan un fenotipo epiléptico variable, pero con puntos comunes como son el debut en forma de CF, y la aparición de crisis polimorfas, pero frecuentemente generalizadas. Puede existir discapacidad intelectual que suele correlacionarse con la severidad del fenotipo epiléptico.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y COGNICIÓN SOCIAL EN EL FENOTIPO CONDUCTUAL DE LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1. *Polanco Zea PM¹, Izquierdo Elizo A², Castaño García E², Ortiz Martín N¹, Cancho Candela R¹, Hedrera Fernández A¹, Peña Valenceja A³.* ¹NeuroPediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Salud Mental Infantojuvenil, Servicio de Psiquiatría; ³Pediatría. Complejo Asistencial de Palencia.

Introducción. La Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es una enfermedad multisistémica con expresión predominantemente morfológica en piel y Sistema Nervioso Central (SNC) y periférico. Se han descrito asociadas diversas alteraciones neuropsicológicas asociadas a NF1, que en ocasiones definen un trastorno específico (discapacidad intelectual, trastorno espectro autista –TEA–, etc.); sin embargo es frecuente que muestren problemas en diversas áreas como funciones ejecutivas o sociales que pueden ser de difícil encaje dentro de un trastorno de neurodesarrollo específico.

Objetivos. Estudio del perfil neuropsicológico en cognición social de los niños con NF1 en una muestra de pacientes seguidos en dos consultas de neurología pediátrica de nuestro entorno.

Material y método. Estudio descriptivo, transversal, correlacional, y multicéntrico. Se realiza a través de valoración neuropsicológica (CBCL, CCC, SCQ, NEPSY II y BRIEF II) con padres y pacientes afectados, junto registro de datos clínicos en relación con NF1.

Resultados. Se estudiaron 15 pacientes (8 mujeres) afectados según criterios clínicos de NF1, entre los 3 y 15 años; 9 de los casos eran heredados de un progenitor afecto. 13 mostraban alteraciones en SNC (alteraciones de señal en sustancia blanca, glioma, etc.). Se halló problemática diversa en relación a relación social, ansiedad-depresión y alteraciones conductuales y funciones pragmáticas en comparación con población general para edad y sexo. Se encontraron rasgos autistas en 26,7%, con un reconocimiento de emociones deficitario de forma significativa [t (-2,199) p<0,005], y un mayor porcentaje de percentiles bajos en teoría de la mente. Los pacientes sin alteraciones supratentoriales en SNC (ausentes o solo en tronco/cerebelo/medula) muestran mejor funcionamiento en el reconocimiento de emociones.

Conclusiones. Se encuentra un perfil en cognición social deficitario en niños con NF1. Estos procesos parecen independientes de sexo, edad, y funcionamiento ejecutivo. Los datos referidos al procesamiento de información social y pragmática son novedosos en España.

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL NEURODESARROLLO DEL PACIENTE PREMATURO. Polanco Zea PM, Antúnez Ballesteros M, Ortiz Martín N, Cancho Candela R, Izquierdo Caballero R, Caserío Carbonero S, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. Los recién nacidos pretérmino de menos de 1.500 gramos y/o menores de 32 semanas de edad gestacional (SEG) representan un grupo de riesgo para la aparición de patología del neurodesarrollo. La incidencia de partos pretérmino se ha incrementado en España en los últimos años.

Objetivos. Identificación de neonatos atendidos en nuestro centro de menos de 1.500 gramos y/o 32 SEG que han mostrado patología de neurodesarrollo en su evolución, así como estudio de posibles factores de riesgo perinatales asociados

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los neonatos atendidos en nuestra unidad entre los años 2010 a 2014 de menos de 32 SEG o menos de 1.500 g, recogiendo datos clínicos perinatales y de evolución de neurodesarrollo al menos hasta los 24 meses de edad corregida para su edad gestacional (ECEG).

Resultados. Durante el periodo de 5 años indicado se atendieron 141 neonatos con los criterios indicados. 13 (9%) fallecieron durante su ingreso. De los 128 supervivientes, 28 (22%) no cumplieron seguimiento hasta los 24 meses de ECEG. El 80% de los pacientes seguidos no desarrollaron patología del neurodesarrollo. Desarrollaron parálisis cerebral (PC) el 5% del total de prematuros (7% de los seguidos), trastorno espectro autista el 2,1% (3% de seguidos) y retraso madurativo 6,3% (9% de los seguidos), entre otros diagnósticos. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre menor peso al nacimiento, menor edad gestacional, y empleo de técnicas de reproducción asistida (TRA) y fallecimiento, así como entre TRA y aparición de trastornos del neurodesarrollo.

Conclusión. Los recién nacidos pretérmino menores de 1.500 g y/o 32 SEG representan un grupo de riesgo para problemas de neurodesarrollo, con tasas por encima de las de población general. Deben desarrollarse protocolos de Seguimiento multidisciplinar que mejoren la identificación precoz de los pacientes para su inclusión en programas de neurorrehabilitación.

SARAMPIÓN: UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE. Sánchez Sierra N, Torres Ballester I, López Balboa P, Castro Rey M, Fraile García L, Carranza Ferrer J, Ortega Vicente E, González García BE. Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La introducción en España de la vacuna triple vírica en 1978 llevó consigo una notable reducción de la incidencia de casos de sarampión en nuestro país alcanzándose una cobertura superior al 95% a partir del 2000. Dicha tendencia se ha invertido desde el 2010 según refleja el European Centre for Diseases, Prevention and Control, con un aumento significativo de los casos de sarampión, 3.640 en 2014 en Europa. El movimiento migratorio de poblaciones hacinadas con bajas coberturas vacunales y el auge progresivo de los grupos de ideología antivacuna se postulan como las principales causas de este repunte de casos.

Caso clínico. Presentamos tres casos de sarampión atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de 2, 4 y 12 años pertenecientes a

una misma familia con 10 días de diferencia. De nacionalidad rumana, ninguno presentaba cobertura vacunal. Las tres niñas consultaron por los mismos síntomas: fiebre elevada, tos, coriza, hiperemia conjuntival intensa, enantema y exantema morbiliforme generalizado con afectación palmo-plantar de distribución craneo-caudal. Todos los casos presentaban discreta elevación de reactantes de fase aguda, sin embargo la radiografía de tórax no evidenció signos de sobreinfección. La sospecha diagnóstica se confirmó con la serología frente a *paramyxoviridae* (Ig M positiva en todos los casos). La paciente de 12 años desarrolló la enfermedad 7 días después de llevarse a cabo inmunización activa postexposición. Se identificó como caso índice a un familiar varón de 17 años atendido en el Servicio de Urgencias Generales por un cuadro de fiebre y exantema cuyo diagnóstico pasó desapercibido. Un segundo familiar de 15 años fue atendido en el mismo servicio 10 días después con el mismo cuadro clínico. Se prescribió vacunación en todos los contactos familiares que no habían pasado la enfermedad y no se registraron nuevos casos.

Comentario. El sarampión es una enfermedad prevenible de elevada contagiosidad, mortalidad y con un alto riesgo de complicaciones, en especial a nivel del SNC. La sospecha diagnóstica y la identificación precoz de los casos son los pilares básicos para implementar lo antes posible medidas de aislamiento y control. Es vital revisar las coberturas vacunales en la población infantil, en especial en aquellas poblaciones marginales, dado que la falta de sospecha favorece su diseminación a contactos familiares, escolares o personal sanitario no vacunado

NEFROPATÍA LÚPICA, IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ. Membrives Aparisi JS, Sánchez Sierra MN, Burgueño Rico RA, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, Ballesteros Gómez FJ, Martínez López AB, Díaz Crespo FJ. Nefrología y Reumatología pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Nefrología Pediátrica y Anatomía Patológica. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón de Madrid.

Introducción. El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una patología de origen multifactorial con una incidencia en pediatría de 0,3-0,9/100.000 niños/año. Es más frecuente en mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 12 años. Un 15-20% de adultos con LES desarrollan la enfermedad en la infancia, pudiendo debutar con formas clínicas más graves. Las manifestaciones clínicas están mediadas por autoanticuerpos, produciendo como afectaciones más frecuentes las osteomusculares, cutáneas y renales. Su diagnóstico se basa en criterios clínico-inmunológicos, siendo fundamental diferenciarlo de otros procesos autoinmunitarios, infecciosos y tumorales. El tratamiento es individualizado, asociando la administración de hidroxycloquina con fármacos inmunosupresores o biológicos.

Caso clínico. Varón de 14 años que presenta oscurecimiento de la orina de un mes de evolución y exantema purpúrico-petequial en miembros inferiores. Sin antecedentes de interés El paciente describe cronológicamente la aparición en los últimos meses de: astenia intensa, cojera bilateral de ritmo inflamatorio, poliartralgias, tumefacción de grandes articulaciones y lesiones nodulares eritematosas en región pretibial de ambos miembros inferiores que ceden con AINE y reposo; con aparición posterior de alteraciones urinarias (orinas marronáceas). *Exploración física:* Lesiones purpúricas en miembros inferiores sin otros hallazgos. *Pruebas complementarias:* Hemograma: Hematíes 3.940.000/ μ l, Hb 10,9 g/dl, Hto 31,3%, VCM 79,4 fl, HCM 27,7 pg, ADE 15,6%. *Bioquímica:* Albúmina 3,6 g/dl, proteínas totales 5,6 g/dl, TG 118 mg/dl. Resto sin alteraciones. *Orina de 24 horas:* FG (Schwartz 2009): 96,17 ml/min/1,73 m², proteinuria 178,2 mg/h/m², hematuria macroscópica (hematíes dismórficos) y piuria. *Inmunología:* C3 39,2 mg/dl, C4 3,5 mg/dl, ANA positivos (1/640), Anti-DNA ds, anti-Sm, anti-RNP,

anti-histonas, anti-ribosoma y anti-nucleosoma positivos; resto de Ac negativos. Coombs directo positivo. Eco-doppler renal normal. *Evolutivo*: Confirmado el diagnóstico de LES con nefropatía, se inició tratamiento con hidroxyclorequina y corticoterapia oral con persistencia de proteinuria en rango nefrótico que mejoró tras 3 bolos de metilprednisolona i.v. Se realizó biopsia renal, mostrando nefropatía lúpica de clase II-III, asociando al tratamiento micofenolato mofetilo, con desaparición de la proteinuria y presencia de microhematuria residual. El paciente evoluciona favorablemente, con buen control de la enfermedad sistémica.

Comentario. El LES es una entidad infrecuente en pediatría que debe sospecharse ante una historia clínica compatible. Su diagnóstico y tratamiento temprano es importante ya que las formas pediátricas de LES pueden asociar manifestaciones graves, como la instauración de una nefropatía rápidamente progresiva que comprometa el pronóstico vital.

Sábado 11 de noviembre - Sala 4: Aula Claudio Moyano

Moderadores: José María Maíllo del Castillo y
Nuria Díez Monge

ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO SERVICIO. *Sánchez Sierra MN, Marcos Temprano M, Marugán de Miguelsanz JM, Bahillo Curieses P, Torres Ballester I, Palomares Cardador M, Membrives Aparisi JS, Burgueño Rico RA. Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA) es una entidad poco frecuente en pediatría que afecta casi de forma exclusiva a pacientes con fibrosis quística o asma. Se ha detectado relación entre mutaciones del gen regulador de la conductancia transmembrana (CFTR) y la ABPA evidenciando la posibilidad de que determinadas mutaciones en la CFTR predispongan a ABPA.

Casos clínicos. *Caso 1:* varón de 14 años diagnosticado de fibrosis quística (delF508/N1303K), insuficiencia pancreática y portador de *Staphylococcus aureus* que en uno de los controles presenta deterioro de la función pulmonar (FEV1 54%, FVC 75,1%) a pesar de estabilidad clínica. Aumento de atrapamiento aéreo sin otros hallazgos en la radiografía de tórax. Aislamiento de *A. fumigatus* en el esputo, bacterias negativas. Elevación de IgE total (1.070 kU/L), IgG e IgE específicas para *Aspergillus*. Presentó clara mejoría de la función pulmonar así como descenso de los parámetros analíticos tras tratamiento con prednisona oral durante 2 meses asociada a itraconazol oral 5 meses. *Caso 2:* varón de 6 años con diagnóstico de fibrosis quística (delF508/S945), suficiencia pancreática y antecedente de infección por *Pseudomonas aeruginosa*. Presenta exacerbación respiratoria con expectoración purulenta y disnea de esfuerzo. Condensación en lóbulo superior derecho en la radiografía de tórax. Aislamiento de *A. fumigatus* en esputo, bacterias negativas. Elevación de IgE total (1.789 kU/L), e IgE específica para *Aspergillus*. Tras un mes de tratamiento con prednisona e itraconazol oral no se objetivó mejoría clínica presentando incremento de la expectoración e hipoventilación en hemitórax derecho por lo que se pautaron tres pulsos de metilprednisolona endovenosa en 3 días consecutivos a 10 mg/kg/día con mejoría clínica, de la prueba de imagen y descenso de parámetros analíticos.

Comentario. El diagnóstico es difícil y se basa en la combinación de criterios clínicos, analíticos y pruebas de imagen, existiendo gran disparidad entre las diferentes unidades de fibrosis quística. Es muy importante diferenciar la sensibilización a *A. fumigatus* sin ABPA de

la ABPA, pues la no instauración de tratamiento conlleva degeneración a fibrosis pulmonar y un agravamiento del pronóstico de estos pacientes. Por ello, todo paciente con fibrosis quística con deterioro clínico, radiológico o funcional no atribuibles a otra causa, y en el que se objeive IgE sérica total y específica elevadas debe iniciar terapia corticoidea y antifúngica.

TRAS UNA PRUEBA DE PROVOCACIÓN ORAL NEGATIVA ¿TOMAN LOS NIÑOS BETALACTÁMICOS O AINES? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO. *Sánchez Sierra MN, Marcos Temprano M, Matías del Pozo V, Rodríguez Boderó, Torres Ballester I, García Lamata O, Burgueño Rico R, Membrives Aparisi JS. Servicio de Neumología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Conocer la situación actual de niños con tolerancia a betalactámicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) demostrada tras exposición oral así como los efectos encontrados ante una readministración posterior.

Material y métodos. Se realizó una encuesta telefónica a los padres de los pacientes estudiados desde Noviembre 2014 hasta la actualidad remitidos a nuestra consulta por sospecha de alergia a betalactámicos o AINEs.

Resultados. En dicho periodo de tiempo fueron estudiados en la consulta por sospecha de alergia medicamentosa 330 pacientes. La muestra de nuestro estudio incluyó a 250 pacientes (75,8%) en los que la IgE, pruebas cutáneas y prueba de exposición controlada (PEC) fueron negativas. Se excluyeron 23 pacientes (6,9%) que rechazaron realizar PEC, 33 (10%) estaban pendientes de realización, 24 (7,3%) con estudio alérgico positivo. De los 250 pacientes recogidos no se pudo contactar telefónicamente con 30 (12%). De los 220 restantes, 82 padres referían que sus hijos habían vuelto a tomar el fármaco implicado y tan solo 3 de ellos presentaron una reacción retardada (dos de ellos cutánea y uno síntomas digestivos, en los tres casos con amoxicilina). Uno de los padres desconocía si se había vuelto a administrar el medicamento. Un total de 137 referían no haberlo tomado, 115 porque no habían precisado nueva administración y 22 porque habían utilizado otra alternativa farmacológica (9 por miedo a nueva reacción, 13 por prescripción de su pediatra). Dentro del grupo de pacientes que no habían necesitado una nueva administración, 102 padres referían que si se lo darían a sus hijos, 6 dudaban y 7 rechazaban una nueva administración (4 de ellos por desconfianza de la prueba, uno por miedo a una nueva reacción y 2 por consejo de su pediatra).

Conclusiones. Dentro de nuestra serie de casos, el 96,3% de los niños que había vuelto a recibir el medicamento implicado lo había tolerado sin incidencias. El 62,3% de pacientes no habían vuelto a tomar el fármaco, sobre todo (84%) por no haber precisado su administración. Un porcentaje considerable de casos (16%) recibieron otra alternativa farmacológica a pesar del estudio negativo, y en más de la mitad de los casos fue por consejo de su Pediatra. El 11% de los padres encuestados cuyos hijos aun no había vuelto a recibir el fármaco se negarían a una nueva administración.

TUBERCULOSIS PULMONAR: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA. *Librán A¹, Ortiz N¹, De Ponga P¹, Díez N¹, Puente S¹, López-Urrutia L², Pérez E¹, Centeno F¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Descripción de las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad tuberculosa pulmonar (ETB).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de ETB en el Hospital Universitario Río Hortega entre los años 2012 y 2016 mediante una revisión de las historias clínicas digitalizadas.

Resultados. Se recogieron datos de 8 pacientes, 3 varones y 5 mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 54 meses. No se hallaron casos en extranjeros. En 3 de ellos no se detectó caso índice y en otros 3 el diagnóstico se realizó dentro del estudio de contactos de sus familiares. Un paciente fue el caso índice a partir del cual se diagnosticó un brote escolar, y el paciente restante está dentro de dicho brote. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron fiebre o febrícula (6 pacientes), tos (4 pacientes), dificultad respiratoria (3 pacientes), astenia (2 pacientes) y astenia y dolor abdominal en un paciente. En 5 niños se observó condensación pulmonar en la imagen radiológica, 2 de ellos asociando derrame pleural y los otros dos pacientes fueron formas adenopáticas pulmonares. El Mantoux se realizó en 7 niños y el QuantiFERON-TB® en 6, siendo positivos en todos ellos, con valores entre los 10-17 mm y 4,6-10,92 U/L respectivamente. En todos los niños se realizó lavado gástrico siendo la baciloscopia, la PCR específica para tuberculosis y el cultivo positivos en un caso. Se aisló *M. tuberculosis* en el cultivo de otros 2 niños. En cuanto al tratamiento, tres de los pacientes fueron tratados con triple terapia, otros tres con terapia cuádruple convencional, y otros dos con fármacos de segunda línea, uno por una reacción urticarial por sensibilización a rifampicina y el otro por ser inicialmente tratado por infección tuberculosa latente con isoniazida más de 15 días. Todos los pacientes presentaron buena evolución, sin asociar posteriormente ni recaídas ni secuelas.

Conclusiones. La ETB se presentó con una sintomatología inespecífica y una baja sensibilidad microbiológica. El estudio de contactos sirvió como punto de partida para el diagnóstico de un alto porcentaje de los casos. Las técnicas de detección de enfermedad (Mantoux y QuantiFERON-TB®) fueron positivas en todos los casos realizados.

DIFICULTADES EN EL MANEJO DE LA TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PEDIATRÍA, PRESENTACIÓN DE UN CASO. *Fraile García L, Marcos Temprano M, Vázquez Martín S, Torres Ballester I, Castro Rey M, González Uribealrea S, López Balboa P, López Casillas P. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las formas extrapulmonares de tuberculosis en Pediatría suponen un reto diagnóstico, dada la inespecificidad de los signos y síntomas así como el elevado porcentaje de falsos negativos en las pruebas complementarias. En nuestro medio, se estima que un 1,5% de los pacientes infectados desarrollan afectación del sistema nervioso central. Entre los 6 meses y los 4 años de edad, la presentación clínica suelera ser oligosintomática y atípica, pudiendo derivar en formas diseminadas graves, por lo que el tratamiento precoz es de vital importancia.

Caso clínico. Varón de 11 meses, sin antecedentes personales de interés, derivado para estudio tras contacto estrecho con adulto diagnosticado de tuberculosis bacilífera. Refería febrícula de 3 días de evolución sin otros síntomas asociados. Hipoventilación en campos medios derechos como único hallazgo en la exploración física. Mantoux positivo de 10 mm. En analíticas seriadas, se observó una leucocitosis máxima de 33.150/mm³ con linfocitosis y elevación de LDH hasta 1.001 U/L. Aumento de densidad sugestiva de condensación neumónica en lóbulo medio, sin derrame en la radiografía de tórax. Ante la sospecha clínico-radiológica, se recogieron muestras de jugo gástrico, con resultado positivo para PCR de *M. Tuberculosis*, y se inició triterapia antituberculosa con isoniazida, rifampicina y pirazinamida. Tras 10 días de tratamiento persistían picos febriles vespertinos, sin

otra sintomatología acompañante, por lo que se realizó punción lumbar y añadió etambutol al tratamiento. El LCR presentaba hipoglucorraquia, hiperproteorraquia, pleocitosis a expensas de mononucleares y elevación de la ADA. Hallazgo en la RMN cerebral de engrosamiento meníngeo basal con extensión hacia la cintilla óptica, sin existencia de tuberculomas en parénquima. Confirmado el diagnóstico de meningitis tuberculosa se instauró corticoterapia durante dos semanas y se mantuvo tetraterapia durante 2 meses, seguida de 10 meses con isoniazida y rifampicina. El paciente permaneció asintomático desde el punto de vista neurológico en todo momento, cesando la fiebre al iniciar el corticoide. En punciones lumbares de control, se objetivó una mejoría de los parámetros infecciosos.

Comentario. Si el diagnóstico de tuberculosis supone un reto en la edad pediátrica el tratamiento no lo es menos. Según el Proyecto Magistral de pTBred a pesar de los documentos de consenso disponibles, el manejo terapéutico de la tuberculosis en niños y la administración de los medicamentos no son homogéneos en nuestro país. El pediatra debe enfrentarse a las modificaciones recientes de pautas de tratamiento así como a la prácticamente inexistencia de formas farmacéuticas adaptadas a niños.

ESTENOSIS CONGÉNITA DE LA APERTURA PIRIFORME: FORMA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN NASAL. *Elizondo Alzola A, Aja García G, Miranda Vega M, Navazo Eguía A, Bernués López E, Morante Martínez D, Pérez Rodríguez M, Esteban Sanz R. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La obstrucción nasal en el recién nacido se trata de una entidad que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz por su respiración nasal obligada. La atresia de coanas es la anomalía más frecuente; no obstante, siempre ha de considerarse en el diagnóstico diferencial la estenosis de la apertura piriforme. Presentamos dos casos clínicos durante el periodo de mayo de 2016 a agosto de 2017 recogidos en el Hospital Universitario de Burgos.

Casos clínicos. *Caso 1:* Recién nacido a término sin antecedentes obstétricos de interés que presenta a los 2 días de vida cornaje nasal llamativo y episodios de cianosis secundarios a apneas de carácter obstructivo. Se realiza fibroendoscopia nasofaríngea en la que se observa estrechamiento de la apertura piriforme que condiciona estrechamiento de ambos vestíbulos nasales. Recibe tratamiento conservador con lavados de suero fisiológico y corticoterapia tópica durante una semana con gran mejoría clínica por lo que no precisa tratamiento quirúrgico. *Caso 2:* Recién nacido a término sin antecedentes obstétricos de interés salvo consanguinidad paterna. Desde el nacimiento presenta dificultad respiratoria, precisando intubación y con imposibilidad de retirar soporte respiratorio invasivo por reaparición de clínica sugestiva de obstrucción nasal severa. Presenta paso muy dificultoso de sonda nasogástrica que orienta alteración a nivel de vía aérea superior. Fibrolaringoscopia flexible no concluyente. En TC se objetiva estenosis de la apertura piriforme con diámetro de área nasal anteroposterior de 4-5 mm. Se traslada al hospital de referencia para corrección quirúrgica que transcurre sin incidencias con evolución posterior satisfactoria desde el punto de vista respiratorio. Diagnóstico posterior de estenosis bilateral de las arterias renales por estudio de hipertensión arterial mantenida durante su ingreso.

Conclusiones. La estenosis de apertura piriforme se trata de una causa poco común de obstrucción nasal congénita. La tomografía computarizada confirma el diagnóstico con un diámetro transversal total de la apertura piriforme menor a 11 mm. La mayoría de los casos son leves y requieren tratamiento conservador local; mientras que la corrección quirúrgica es de elección en caso de dificultad respiratoria grave o fracaso del tratamiento médico.

ESTENOSIS SUBGLÓTICA TRAQUEAL EN LACTANTE Y ASOCIACIÓN A INTUBACIÓN NEONATAL DE CORTA DURACIÓN.

Martínez Pereira A, Sánchez Vélez MT, Martínez Figueroa L, Gutiérrez González EP, López Torija I, Romero García C, Marco Sánchez JM, García Salamanca YA. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. Los trastornos de vía aérea pediátrica son un grupo de patologías poco frecuentes. Dentro de ellos la **estenosis subglótica** presenta incidencia en aumento, en parte debido a la creciente capacidad de intervención sobre la vía aérea neonatal, pues su origen es predominantemente adquirido tras intubación. Factores como intubación prolongada o intubaciones repetidas se relacionan con mayor probabilidad de producir estenosis. El manejo terapéutico de cada caso será personalizado, basándose en grado de estenosis y su repercusión clínica.

Caso clínico. Lactante de 5 meses consulta por 3 días de evolución de tos perruna y fiebre máxima 39,5°C acompañado de estridor intermitente con llanto que después se hizo continuo en reposo. Ante escasa mejoría tras corticoide oral y repetidas nebulizaciones de adrenalina en urgencias, se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos. Como antecedentes, destaca **asfíxia neonatal** que precisó reanimación con intubación inicial y aspiración de meconio, tras cesárea urgente a las 39+5 semanas por bradicardia fetal. Tras intubación para aspiración meconial, remontó la frecuencia cardíaca y no hubo necesidad de instaurar nueva intubación. Pasó a ventilación mecánica no invasiva modalidad CPAP hasta su retirada al 2º día de ingreso. Fue dada de alta por Neonatología sin estridor, sin alteraciones en la exploración física, y con ecografía cerebral sin signos de encefalopatía hipoxico-isquémica. La lactante permanece ingresada en la unidad 1 semana; al 7º día se realiza fibrobroncoscopia que muestra **estenosis subglótica traqueal** con dificultad de paso de vía de 3,5 mm. Tras buena evolución es dada de alta con seguimiento por Neumología. Se realiza nueva fibrobroncoscopia a los 7 meses de edad con mejoría de estenosis respecto a estudio previo. Se decide seguimiento sin tratamiento de base.

Conclusión. No podemos atribuir de forma certera el desarrollo de estenosis subglótica con la intubación neonatal en nuestro caso. Sin embargo, es el antecedente más destacado en cuanto a la probable patogénesis del proceso, y es llamativo la corta duración de la intubación para las alteraciones encontradas. En la actualidad, se está extendiendo la posibilidad de realizar técnicas intervencionistas de reanimación neonatal a cada vez mayor número de hospitales. Por ello, es necesario ampliar los conocimientos acerca de la asociación estenosis-insulto para poder ofrecer un seguimiento de calidad al lactante con antecedente de reanimación.

INTOLERANCIA A AINES: EXPERIENCIA EN NUESTRO ÁREA.

Torres Ballester I, Marcos Temprano M, Sánchez Sierra N, Palomares Cardador M, Rodríguez Boderó S, De la Huerga López A, González-Lamuño Sanchís C, Guadilla Pérez N. Unidad de Neumología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los segundos fármacos implicados en las reacciones adversas a medicamentos (RAM). Con una prevalencia en la población general de hasta el 6% debido a su extendido uso sin prescripción médica, en la población pediátrica este porcentaje puede alcanzar el 13% según los distintos estudios.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes estudiados en consulta por sospecha de alergia medicamentosa a AINEs en el periodo comprendido entre octubre/2014 a septiembre/2017. El diagnóstico se realizó mediante prueba de exposición controlada (PEC)

al fármaco implicado cuando tenían historia de episodio único, y posteriormente al ácido acetilsalicílico, para diferenciar hipersensibilidad (HS) selectiva o múltiple. En los casos con resultado positivo se hizo PEC para fármacos alternativos.

Resultados. Durante dicho periodo se realizaron 353 consultas por sospecha de RAM, de las cuales un 11,9% (42) fueron secundarias a la ingesta de AINEs. El fármaco involucrado en 39 ocasiones (92%) fue el ibuprofeno, el paracetamol en 2 y tan solo en una el metamizol. La mediana de edad de este subgrupo fue de 8 años, y el 54% eran varones. Se realizaron 37 PEC, siendo positivas 11 (29,7%): 8 positivas para varios AINEs y 3 selectivas a ibuprofeno. Todos los pacientes toleraron paracetamol a dosis bajas, presentando PEC positiva a altas dosis solo uno. Hasta el momento, de los 3 pacientes diagnosticados de HS múltiple, 2 han tolerado celecoxib. Los pacientes con PEC positiva tenían una mediana de edad de 12 años (7 años en el grupo PEC negativa) y el 54% eran mujeres. También se encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto a la clínica: exantema inespecífico en 61% de pacientes con PEC negativa, 91% (10) angioedema en pacientes con PEC positiva (5 asociaron urticaria y 7 síntomas respiratorios). En la mayoría de pacientes con PEC negativa (77%) coexistía un proceso infeccioso en el momento de la reacción, frente a solo el 36% en el grupo PEC positiva.

Comentario. En nuestra serie se demostró HS a AINEs en el 29,7% de los pacientes, de las cuales el 72% tuvo una HS múltiple. Estos pacientes tienen una mediana de edad en torno a 12 años, suelen debutar con angioedema tras la toma de ibuprofeno sin proceso infeccioso intercurrente. El paracetamol es una alternativa segura. Otros fármacos generalmente bien tolerados como el celecoxib y meloxicam presentan el inconveniente de no estar indicados en menores de 12 años.

CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ESTUDIADOS EN NUESTRO CENTRO.

Palomares Cardador M¹, Marcos Temprano M¹, Juarros Martínez SA², Villa Francisco C¹, Rellán Rodríguez S¹, Sánchez Sierra N¹, Torres Ballester I¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Introducción y objetivos. El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) en niños es una patología prevalente con potenciales consecuencias a nivel cardiovascular, metabólico y neurocognitivo. La procedencia de derivación de estos pacientes hace que puedan presentar perfiles distintos detectables en la entrevista clínica y en los resultados de la polisomnografía nocturna (PSG).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos a los que se realizó PSG por sospecha de SAHS en el periodo 2014-2016. Variables estudiadas: sexo, edad, origen de la interconsulta, síntomas, exploración física, variables PSG y tratamiento recomendado. Proceso estadístico de variables cuantitativas (T-Student) y cualitativas (Chi-cuadrado). SPSS 22.0.

Resultados. (n= 114 casos), 63,2% varones, sin diferencias por sexo: edad 5,8 años (desviación típica: 2,9), IMC 17,1 (3,1). El 78,9% fueron remitidos desde ORL. Se encontraron diferencias clínicas con los pacientes remitidos desde Pediatría: 2,3 años menores (IC95: 1-3,6; p < 0,001), IMC menor en 1,4 puntos (IC95: 0-2,9; p 0,042), más ronquido referido (92% vs 80%; p 0,022), más apneas observadas por padres (73,6% vs 55%; p 0,047), menor rango de Mallampati (1-2 el 91,3% vs 2-3 el 63,2%; p < 0,001) y menos comorbilidades (3,5% vs 55,5%, p 0,02). En cuanto a los resultados de la PSG también se encontraron diferencias significativas: IAH (14,2 Pediatría vs 5,4 ORL, p 0,001), CT 90% (7,9 vs 0,2, p 0,003), ODI (14,2 vs 4,7, p 0,001). En total, el 86,7% de los pacientes estudiados presentaron una PSG patológica: SAHS leve 57,6% en ORL vs 30% Pediatría; grave 12,8% ORL vs 30% Pediatría. Se recomendó

indicación quirúrgica en el 13% de los pacientes ORL vs el 23% de los pediátricos ($p < 0,014$), y se instauró ventilación no invasiva nocturna en el 80% de los pacientes remitidos desde Pediatría.

Conclusiones. Los pacientes de origen pediátrico tienen mayor edad, más peso y menos síntomas, pero con exploración más patológica y más comorbilidades. La severidad del SAHS en niños derivados desde pediatría es superior, con peores índices en la PSG y recomendación de cirugía más frecuente. Este perfil puede ser útil a la hora de priorizar los estudios y ayudar a optimizar la gestión de su atención sanitaria.

MOTIVOS DE CONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A CADIOLOGÍA INFANTIL. *Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT, Alegría Echauri J. Pediatría. Cardiología Infantil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Revisar la cantidad de interconsultas recibidas desde Atención Primaria en nuestra consulta de Cardiología Infantil, así como el nivel de prioridad con el que se remiten y las principales patologías que requieren valoración.

Material y métodos. Analizamos todas las interconsultas recibidas desde Atención Primaria en nuestra consulta durante 3 meses (marzo, abril y mayo de 2017) atendiendo a los 3 aspectos mencionados previamente.

Resultados. En los 3 meses revisados hemos recibido un total de 148 volantes de interconsulta, de los cuáles 113 tenían prioridad de ordinarios y los 25 restantes, preferentes. Las patologías más frecuentes consultadas eran por este orden: soplo cardíaco (89), síncope (14), palpitaciones (10), antecedentes familiares de cardiopatía o muerte súbita (7), dolor torácico (5) y alteración en ECG (5).

Conclusiones. El soplo cardíaco es el motivo de interconsulta más frecuente desde Atención Primaria, llegando al 60% de todos los volantes que recibimos. Le siguen el síncope (9,5%) y las palpitaciones (6,7%). La mayoría de pacientes con soplo remitidos tienen soplos funcionales, que no requieren más estudios que ECG y ecocardiografía en una única consulta. Los pacientes remitidos por síncope o palpitaciones, consumen más recursos, pues en ocasiones requieren solicitud de pruebas de segundo nivel (Holter, ergometría, analítica) y consultas de revisión.

REVISIÓN DE LAS LINFADENITIS CAUSADAS POR MICOBACTERIAS. *De Ponga López P¹, Torres Aguilar L¹, Pérez Gutiérrez E¹, Puente Montes S¹, Mena Huarte MJ¹, Peral Cajigal B², López-Urrutia Lorente L³, Centeno Malfaz F¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Cirugía Maxilofacial, ³Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivo. La linfadenitis es una patología común en niños. Dentro de la etiología infecciosa, se encuentran las causadas por micobacterias atípicas, sobretodo en menores de 5 años. Esta revisión se realiza con el objetivo de conocer las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de linfadenitis por micobacterias.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas digitalizadas de los pacientes diagnosticados en nuestro centro de linfadenitis por micobacterias atípicas, con edad menor a 14 años y en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 2015 y el 30 de Septiembre de 2017.

Resultados. Durante el periodo de estudio se incluyeron a 5 pacientes, 3 mujeres y 2 hombres con rango de edad de 11 a 24 meses (mediana de edad 22 meses). Todos los pacientes eran españoles, sin antecedentes patológicos de interés y ninguno había recibido vacunación BCG. En el

momento del diagnóstico, dos niños presentaban febrícula y el resto no asociaba ningún síntoma sistémico. La linfadenopatía unilateral submandibular en estadio II fue la forma de presentación más frecuente. El tiempo de evolución hasta el diagnóstico tuvo una mediana de 60 días. La PPD se realizó en 3 pacientes siendo positiva en uno de ellos (15 mm) mientras que el IGRA (Quantiferon TB) se indicó en 4 de los casos con resultado negativo en todos. Se realizó ecografía cervical a todos los pacientes y el estudio de imagen se completó con resonancia cervical en tres de ellos. Para el análisis microbiológico, las muestras fueron recogidas mediante punción aspiración de aguja fina (2 pacientes), punción aspiración con aguja gruesa (1 paciente), drenaje quirúrgico (1 paciente) y exéresis quirúrgica completa (1 paciente). Dos muestras fueron positivas para *Mycobacterium avium*. En cuanto al tratamiento, un paciente recibe únicamente tratamiento médico durante 6 meses, en dos casos tras el tratamiento antibiótico fue necesario realizar tratamiento quirúrgico y el último paciente solo requirió cirugía. Ninguno de los pacientes sometidos a cirugía precisó tratamiento médico posteriormente. Durante el periodo de seguimiento 3 de los 4 pacientes que recibieron antibiótico fistulizaron a piel. En la actualidad ninguno presenta complicaciones locales (queloides) o sistémicas.

Conclusiones. Las micobacterias atípicas se encuentran de forma ubicua en el suelo o en el agua y no se les considera transmisibles entre humanos. En la población pediátrica cada vez están más frecuentemente implicadas en distintos procesos clínicos. El diagnóstico de linfadenitis por micobacterias atípicas es difícil, lo que retrasa el correcto manejo de estos pacientes. El principal diagnóstico diferencial es la adenitis tuberculosa. Siempre debe considerarse, la infección por micobacterias, en los casos de linfadenopatías de evolución subaguda-crónica, con falta de respuesta a antibióticos de localización unilateral.

INFECCIONES RESPIRATORIAS VÍRICAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. *Gabaldón Pastor D¹, Ferragut Ferretjans F¹, Gómez Sánchez E¹, Ojeda Fernández E², Megías Lobón G², Esteban Sanz R¹, Torres Mariño C¹, Pérez Rodríguez M¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Los objetivos de este estudio son: describir la epidemiología de los virus que más frecuentemente causan infecciones respiratorias en los niños menores de cinco años, determinar las principales características clínicas de su presentación y su evolución según el agente viral causante así como estudiar la tasa de prescripción de antibióticos en estos episodios.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes menores de cinco años atendidos en el Hospital Universitario de Burgos en los años 2014 y 2015 en los que se obtuvo muestra de aspirado nasofaríngeo positivo en el contexto de infección. Se recogieron los datos clínicos y epidemiológicos, la necesidad de ingreso y duración de la hospitalización, la necesidad de soporte respiratorio y/o hemodinámico, la codetección vírica y la prescripción de antibióticos en dichos episodios.

Resultados. Se recogieron muestras en un total de 335 pacientes, de los cuales 265 tuvieron resultado positivo. El 20,8% correspondieron a infecciones respiratorias altas (catarro de vías altas la más frecuente), el 60,1% a infecciones respiratorias bajas (bronquiolitis la más frecuente) y el 19,1% correspondió a otro tipo de infecciones (fiebre sin foco, sepsis, pausas de apnea etc.). El grupo de edad más afectado fue el de los niños menores de un año (81,9%). Los virus más frecuentemente detectados fueron: VRS 117, rinovirus 94, parainfluenza 28, influenza A 21 y bocavirus 17. Se detectaron varios virus en el aspirado nasofaríngeo en el 16,9% (en 14,6% dos virus y en 2,3% tres o más virus) y detección virus-bacteria en un 5% de los casos (siendo 8/13 *Bordetella pertussis*).

Un 75% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario. Precisaron oxigenoterapia 148 pacientes y soporte hemodinámico 5. 62 pacientes recibieron ventilación mecánica presentando 13 de ellos codetección vírica y 5 detección virus-bacteria. Se prescribió tratamiento antibiótico en el 48% de todos los pacientes, siendo la azitromicina el 70% de todos los antibióticos prescritos.

Conclusiones. La epidemiología de nuestros virus es similar a la publicada en la literatura. En nuestra serie la tasa de codetección vírica

fue menor que en otras series publicadas, sin poder establecer una relación con mayor gravedad o una peor evolución. Existe una tendencia a mayor tasa de codetección cuanto menor es edad de los pacientes. Son necesarios más estudios y la mejora de las técnicas de detección cuantitativa para definir el papel de las coinfecciones víricas en las infecciones respiratorias. La prescripción de antibióticos fue mayor en los lactantes menores de un año, siendo la azitromicina el antibiótico más frecuentemente prescrito.