

## Comunicaciones Orales

VIERNES 31 DE MARZO DE 2017

*Aula 2.3 - Planta 2*

**CC-01. NEUMOPERITONEO MASIVO EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA.** Moro De Faes G, Terroba Seara S, Reguera Bernardino J, Castañón López L, Alonso Quintela P, Rosón Varas M, Pradillos Serna JM, Ardela Díaz E. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** La perforación gástrica neonatal es una entidad rara. La etiología es multifactorial. Generalmente ocurre entre los 2-7 días de vida y la localización más frecuente es la curvatura mayor. Se asocia con frecuencia a otras malformaciones gastrointestinales: fístula traqueo-esofágica, hernia de hiato, gastrosquisis, divertículo de Meckel y atresia/rotación duodenal.

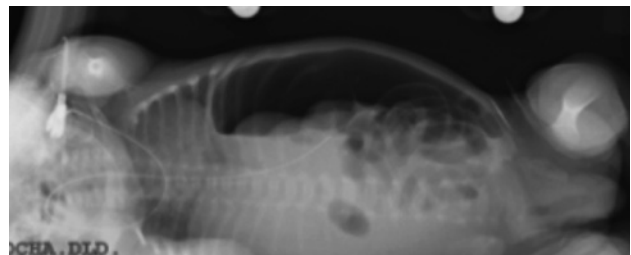
**Caso clínico.** Recién nacido prematuro de 32 semanas de edad gestacional y peso: 1.560 gramos. Sin antecedentes personales de interés. Parto eutócico, Apgar 9/10. Se inicia nutrición enteral con tomas por succión en las primeras horas de vida, con buena tolerancia salvo algún vómito aislado. A las 28 horas de vida presenta empeoramiento súbito con mal estado general, mala perfusión periférica, vómitos, restos biliosos y distensión abdominal marcada. En la radiografía de abdomen (Figs. 1 y 2): se observa un neumoperitoneo masivo con ausencia de aire en estómago.

Se realiza intervención quirúrgica urgente, encontrándose una perforación de cara anterior del cuerpo gástrico de 2,5 x 1,5 cm. Se sutura, se realiza apendicectomía y se deja sonda de gastrostomía sin incidencias durante la intervención.

**Comentarios.** El diagnóstico precoz es difícil porque la mayoría presentan síntomas inespecíficos. Debe hacerse



**Figura 1.** Radiografía AP de abdomen: ausencia de gas en estómago (CC-01).



**Figura 2.** Radiografía en decúbito lateral: neumoperitoneo masivo (CC-01).

diagnóstico diferencial con enterocolitis necrotizante, obstrucción/perforación intestinal, sepsis y neumoperitoneo sin perforación gastrointestinal. Ante la presencia de neumoperitoneo masivo en la primera semana de vida hay que descartar una perforación gástrica. La intervención quirúrgica precoz junto con la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos, antibioterapia de amplio espectro, manejo respiratorio y hemodinámico adecuado mejoran el pronóstico.

**CC-02. SIGNOS DE ALARMA EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** Llorente Pelayo S, Pastor Tudela AI, González De La Rosa A, Gutiérrez Buendía D, Aguado Antón R, Leonardo Cabello MT, Cuesta González R, Guerra Díez JL. *HUMV. Santander.*

**Introducción.** El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en urgencias de pediatría y que genera gran ansiedad en pacientes y familiares. Aunque las causas son diversas, en general tiene carácter benigno, siendo infrecuente el origen cardiaco (1-4%).

**Objetivo.** Describir un caso clínico de dolor torácico en paciente afecto de patología muscular crónica. Establecer e incidir en los síntomas y signos que orientan a patología cardiaca.

**Caso clínico.** Niño de 6 años acude por dolor torácico de 2 horas de evolución súbito, punzante, sin cortejo vegetativo, que le despierta y asocia sensación de dificultad respiratoria con desaparición progresiva sin analgesia. Antecedentes:

distrofia muscular de Duchenne en seguimiento por Neuropediatría y Cardiología en tratamiento con corticoides. A su llegada TA y resto de constantes estables, sin dolor, con exploración física normal excepto soplo sistólico I/VI. Se realiza ECG que presenta elevación del segmento ST V1-V3 con QS prominentes en cara inferior, analítica con troponina y CK elevadas, ecocardiografía normal. Ante hallazgos compatibles con daño miocárdico, se traslada a centro de referencia donde se realizan analíticas y ecocardiografías seriadas y cardioresonancia que muestra ligera dilatación de VI y descenso leve de FE con cateterismo sin alteración en las coronarias; sugestivo de miocardiopatía incipiente. Evoluciona favorablemente con normalización del segmento ST y actualmente está estable en tratamiento con IECAS.

**Comentarios.** Es necesario definir adecuadamente las características del dolor torácico para sospechar patología cardiaca. Los antecedentes de patología crónica muscular con posible repercusión miocárdica obligan a descartar isquemia u otra patología asociada.

**CC-03. ALTERACIÓN DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN PACIENTE CON OBESIDAD.** Orellana Castillejo N, Bahillo Curieses P, Bermúdez Hormgo I, Paz Paya EDR, De La Huerga A, Sopena MJ. *Hospital Clínico de Valladolid.*

**Introducción.** El incremento de la obesidad en la edad pediátrica se asocia a un aumento de la prevalencia de diabetes tipo 2. Aunque en nuestro medio la diabetes mellitus

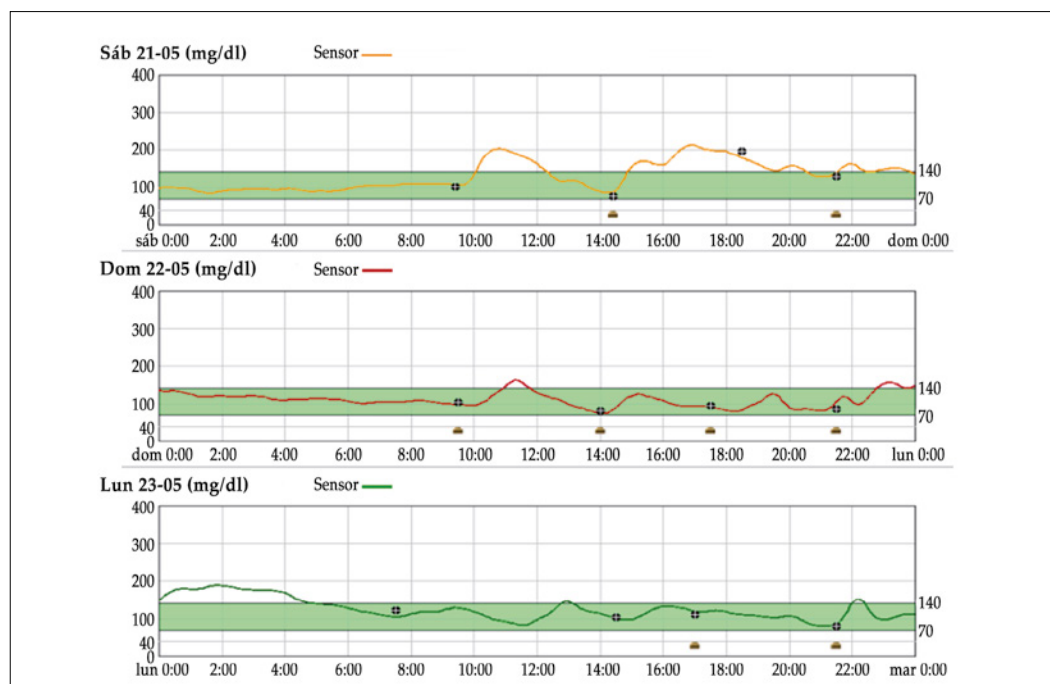


Figura 1. (CC-03).

tipo 1 es el tipo de diabetes más frecuente, existen otros tipos a tener en cuenta.

**Caso clínico.** Paciente de 9 años 8 meses con obesidad de instauración progresiva. Antecedentes familiares de diabetes tipo 2 en madre, abuelo y tío materno. Antecedentes personales: no reseñables. Exploración física: talla 158,8 cm (+3,4 DS), IMC 24,6 kg/m<sup>2</sup> (+1,9 DS). Perímetro cintura 85 cm, perímetro cadera 94 cm, TA 128/72 mmHg, Mama II, vello I-II. Exploraciones complementarias: SOG glucemia basal 93 mg/dl, glucemia a las 2 horas 268 mg/dl, HbA1c 6,8%, insulina basal 10,92 mcU/L, pico 45,2 mcU/L, péptido C basal 3 ng/ml. IA2, GAD, IAA negativos. Monitorización continua de glucosa, sistema Ipro (Medtronic®) (Fig. 1). Dados los antecedentes familiares, se sospecha diabetes monogénica (MODY3), confirmándose el diagnóstico con estudio genético: mutación en exón 4 de gen HNF-alfa1 consistente en c.872cdupC,p.Gly 292Argfs\*25. *Evolución:* buen control actual con medidas dietéticas. HbA1c media de 5,7%.

#### Comentarios:

1. El diagnóstico de diabetes monogénica debe plantearse en caso diabetes familiar, con al menos tres generaciones afectas; cuadros de hiperglucemia estable o casos peculiares que no se engloben bien en las DM tipo 1 y 2.
2. El diagnóstico molecular debe estar clínicamente bien dirigido y puede mejorar el tratamiento y calidad de vida de los pacientes siendo además importante para ofrecer un adecuado consejo genético a las familias afectadas.

**CC-04. CRISIS CONVULSIVA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE HIPERINSULINISMO CONGÉNITO EN LACTANTE DE 15 MESES.** Orellana N, Bahillo P, López M, Tobar C, Alonso C, Melero A. *Hospital Clínico de Valladolid.*

**Introducción.** El hiperinsulinismo congénito es una de las causas más frecuentes de hipoglucemia recidivante en la infancia temprana. Engloba un conjunto de trastornos que afectan a la regulación de la secreción de insulina, con supresión inadecuada de la misma y captación excesiva de glucosa por los tejidos periféricos.

**Caso clínico.** Lactante de 15 meses sin antecedentes familiares ni personales de interés. Presenta episodio convulsivo afebril en contexto infeccioso. Se objetiva glucemia capilar 30 mg/dl, cuerpos cetónicos 1,4 mmol/L, precisando aportes intravenosos de glucosa >10 mg/kg/minuto. Exploración física sin hallazgos. Durante su ingreso se extrae muestra crítica en hipoglucemia con siguientes resultados: cetonemia negativa, insulina 3,7 mcU/ml, péptido C 0,8 ng/ml, GH 4 ng/ml, IGF1 62 ng/ml, cortisol 15,7 µg/dl. Ácidos grasos

ligeramente disminuidos; piruvato, lactato, aminoácidos, carnitina libre y total normales. Perfil de acilcarnitinas normales. Cuerpos reductores en orina negativos. Test de glucagón con respuesta positiva. Test de ayuno: hipoglucemia hipocetósica con respuesta inadecuadamente suprimida de insulina. Se diagnostica de hiperinsulinismo congénito, iniciándose tratamiento con diazóxido con buena respuesta. El estudio genético ha sido negativo para los genes GCK, ABCC8, KCNJ11, HNF4α, HNF1a, TMRT10, SCL16A1, INSR, HADH, GLUD1.

#### Comentario:

1. En el estudio de hipoglucemia es fundamental la obtención de la muestra durante la misma.
2. Es fundamental un adecuado tratamiento para minimizar las posibles secuelas neurológicas, basándose en medidas dietéticas y farmacológicas.
3. El diazóxido es el fármaco de primera línea en el tratamiento, con respuesta variable en función de la alteración genética presente.

**CC-05. LINFANGIOMA QUÍSTICO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO.** Pradillos Serna JM, Fuentes Carretero S, Ardela Díez E. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** El linfangioma quístico es un tumor benigno. Clínica inespecífica. Intrabdominal poco frecuente. Excepcionalmente puede degenerar a sarcoma de bajo grado o adenocarcinoma.

Presentamos dos casos con debut de abdomen agudo.

#### Caso clínico:

1. Niña de 6 años, fiebre, dolor abdominal, vómitos y malestar general de 12 h de evolución. Exploración física: masa palpable y dolorosa en FID. Empeoramiento brusco del estado general, defensa abdominal. Analíticas: PCR 91 mg/L; 21.700 leucocitos (89% neutrófilos; 13% mielocitos; 2% metamielocitos). Rx abdominal: opacificación del hemiabdomen derecho. Ecografía: líquido libre, masa complicada en FID. Intervención: colección quística en raíz mesentérica a 5 cm de válvula con contenido líquido seropurulento, compatible con tumoración quística infectada. Histopatología: linfangioma quístico.
2. Niño de 7 años, fiebre de 39 °C, vómitos, distensión abdominal y masa palpable en mesogastrio de 10 cm. Analíticas: PCR 130 mg/L; 28.700 leucocitos (89% neutrófilos; cayados 4%).

Rx abdomen: obstrucción.

Ecografía: líquido libre, masa de paredes finas en mesohipogastrio.

Intervención: masa quística en raíz mesentérica a 10 cm válvula con obstrucción.

Histopatología: linfangioma quístico.

**Discusión.** Los linfangiomas quísticos son formaciones quísticas, multiloculares, de superficie interna lisa endotelial y contenido líquido claro, quiloso e incluso hemorrágico. Localización abdominal 2-8%.

Las manifestaciones clínicas suele ser inespecífica, dependen de su tamaño, localización, complicaciones y la presión sobre estructuras vecinas.

El diagnóstico suele ser casual, durante una exploración ecográfica rutinaria o en un acto quirúrgico de otros cuadros como apendicitis o torsión de ovario. Infrecuentemente como sobreinfección en forma de sepsis-peritonitis.

**CC-06. ATRESIA BRONQUIAL AISLADA. ¿EL PRINCIPIO DE ALGO MÁS?** Fuentes Carretero S, Pradillos Serna JM, Puerta Pérez P, Hierro Delgado E, Ardelá Díaz E. *Complejo Asistencial Universitario de León*.

**Introducción.** Con la mejora en las técnicas de diagnóstico prenatal se consiguen identificar cada vez más malformaciones congénitas pulmonares, incluyendo la atresia bronquial aislada. El objetivo de este trabajo es presentar un caso tratado en nuestro centro y plantear su relación con otras patologías pulmonares congénitas.

**Caso clínico.** Niña de 20 meses, diagnosticada en periodo neonatal de malformación congénita de la vía aérea intrapulmonar. La niña permanece asintomática, en radiografía de control a los 12 meses no se evidencian alteraciones y en la tomografía (TC) se pone de manifiesto imagen compatible con atresia bronquial con mucocele. Se decide intervención quirúrgica realizando resección atípica del segmento mediante toracotomía. La anatomía patológica confirma la sospecha diagnóstica.

**Discusión.** Los estudios más actuales respecto a la etiología de las distintas malformaciones pulmonares congénitas, apuntan hacia una posible causa común de las mismas, la atresia bronquial. Se postula que, dependiendo del momento del desarrollo embriológico en el que se origina y la localización de la misma podría dar lugar a una u otra anomalía congénita pulmonar, aunque podría tratarse simplemente de una asociación. Es fundamental analizar el comportamiento de estas malformaciones y el impacto clínico a la hora de decidir el mejor manejo de las mismas.

**CC-07. LINFEDEMA PRIMARIO PRECOZ: NO SE DIAGNOSTICA LO QUE NO SE CONOCE.** García Aparicio C, Hontoria Bautista E, Puerta Pérez MDP, Zoido Garrote E, Guevara Caviedes LN, Ocaña Alcober C, Fernández Rodríguez AN, Andrés Andrés AG. *Complejo Asistencial Universitario de León*.

**Introducción.** El linfedema primario precoz es poco frecuente en Pediatría (1,15/100.000 <20 años), generalmente en mujeres prepuberales. Puede ser esporádico o hereditario. Consiste en un aumento anormal de líquido rico en proteínas en el intersticio debido a una sobreproducción y/o a una disminución en la capacidad de transporte del sistema linfático. Se presenta con tumefacción no dolorosa de miembros inferiores, habitualmente unilateral pudiendo afectar también a cara o genitales sin manifestaciones sistémicas asociadas.

**Resumen del caso.** Niña de 10 años con tumefacción en dorso de pie derecho desde hace 1,5 años, inicialmente en tobillo. Antecedente de esguince en tobillo derecho. No fiebre, lesiones exantemáticas ni patología ocular aunque sí repercusión emocional importante. En Traumatología solicitan radiografía de tobillo y gammagrafía ósea normales, ecografía compatible con bursitis *versus* celulitis y RMN preferente. A su vez Cirugía vascular descarta patología venosa asociada y la derivan a Pediatría. En la exploración: edema pie derecho con piel fría, no signos inflamatorios, ni fovea clara. La analítica sanguínea completa y ecografía abdominal son normales con linfografía compatible con linfedema primario. Recibe tratamiento con medias de compresión, ejercicios y apoyo psicológico con evolución favorable.

**Comentarios.** Ante un niño con tumefacción de miembros debemos plantearnos diagnóstico diferencial con traumatismos, celulitis, artritis, insuficiencia venosa, trombosis venosa profunda y linfedema primario.

El conocimiento de esta entidad puede evitar retrasos diagnósticos, así como derivaciones y exploraciones complementarias innecesarias.

La instauración rápida tanto del tratamiento conservador como del apoyo psicológico es fundamental debido a la gran carga emocional que soportan nuestros pacientes.

**CC-08. ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO EN LACTANTE CON VENTILACIÓN NO INVASIVA.** Cuervas-Mons Tejedor M, Esteban Sanz R, Urquiza Físico JL, Rodríguez Miguélez M, García González M, Gómez Saéz F, Valencia Ramos J, Gómez Sánchez E. *HUBU. Burgos*.

**Introducción.** El enfisema subcutáneo masivo se define como presencia de aire el tejido subcutáneo de cuello, tórax,

abdomen y área genital. Es consecuencia de una fuga en la vía aérea o perforación del tracto digestivo. Generalmente tienen origen traumático, iatrogenia [procedimientos sobre la vía aérea: intubación, cirugía ORL... o ventilación no invasiva (VNI)]. Suele acompañarse de neumomediastino y/o neumotórax. El tratamiento suele ser conservador aunque puede necesitar drenaje quirúrgico.

**Resumen del caso.** Lactante de 7 meses ingresa en la UCIP procedente de otro hospital por insuficiencia respiratoria en contexto de bronconeumonía por Virus Respiratorio Sincitial. Precisa soporte con gafas nasales de alto flujo a 18 lpm con FiO<sub>2</sub> 50% a lo largo de 3 días, pese a lo cual se objetiva en las últimas horas previas al traslado empeoramiento progresivo. Al ingreso en UCIP se inicia VNI: BiPAP 9/6 FR 35 y FiO<sub>2</sub> 40%, aerosolterapia con broncodilatadores y corticoterapia intravenosa. Buena adaptación a VNI y estabilización de oxigenación, ventilación y trabajo respiratorio. A las 12 horas de ingreso presenta súbitamente irritabilidad c tumefacción desde cuello a miembros inferiores que crepita a la palpación. Se sospecha enfisema subcutáneo y se realiza radiografía de tórax descartando aire ectópico intratorácico. Se mantiene soporte con VNI en CPAP de 5 cmH<sub>2</sub>O y analgesia con fentanilo en perfusión a 1 mcg/kg/h. A las 10 horas empeora clínicamente y aumenta de nuevo el enfisema subcutáneo por lo que ante la sospecha de fuga de vía aérea superior se decide intubación electiva y ventilación mecánica convencional. El cuadro respiratorio evoluciona a síndrome de distrés respiratorio por lo que permanece intubado durante 27 días. El enfisema subcutáneo comienza a mejorar espontáneamente en las primeras 72 h de ventilación mecánica invasiva y se resuelve radiológicamente al 12º día. Se extuba de forma programada a VNI en modalidad BIPAP ST 9/6 sin reproducirse la fuga aérea durante los 7 días de destete de la misma.

**Comentario.** Se trata de una patología y complicación infrecuente en la edad pediátrica y VNI. La mayor parte de descripciones corresponden a pacientes adultos sometidos a algún tipo de procedimiento intervencionista. No hemos encontrado casos descritos en ausencia de neumotórax o neumomediastino. Esto podría explicarse por una fuga muy alta a nivel laríngeo o bucofaríngeo o bien porque en ocasiones es precisa una Radiografía lateral o TAC torácico para su diagnóstico que no practicamos en este paciente.

**CC-09. DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES.** Sánchez Vélez Velez MT<sup>(1)</sup>, Aparicio Ríos P<sup>(1)</sup>, Élices Crespo R<sup>(2)</sup>, Onoda M<sup>(3)</sup>, López Torija I<sup>(1)</sup>, Benito González F<sup>(1)</sup>, Cordovilla Pérez R<sup>(1)</sup>, Ramos González J<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>(2)</sup> Centro de Atención Primaria. Valladolid. <sup>(3)</sup>Centro de Investigación.

**Introducción.** La disfunción de cuerdas vocales es una patología infradiagnosticada que consiste en aducción inapropiada de las cuerdas vocales durante la inspiración y a veces durante la espiración. Esto produce una obstrucción parcial de las vías respiratorias que provoca unas manifestaciones clínicas características: disnea, distrés respiratorio y estridor inspiratorio o espiratorio.

**Caso clínico.** Paciente de 13 años diagnosticada de disnea con el ejercicio con mala respuesta al broncodilatador. Presenta episodios de disnea asociados al ejercicio físico desde hace un año, anteriormente asintomática. Los episodios consisten en disnea intensa con sibilancias audibles sin fonendo que ceden de forma espontánea. No presenta episodios similares fuera de las competiciones de atletismo, ni durante los entrenamientos. Tolerancia bien el ejercicio físico si no es de competición.

**Comentarios.** Esta patología predomina en mujeres adolescentes, asociándose en ocasiones a deportistas de alta competición como en nuestro caso. Muchos de estos pacientes son diagnosticados erróneamente de asma asociada al ejercicio, recibiendo tratamientos inadecuados con la consiguiente morbilidad asociada.

La espirometría puede ser normal o presentar un aplastamiento de la curva flujo/volumen inspiratoria compatible con una obstrucción variable de las vías respiratorias extratorácicas.

El diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica y se confirma con una fibroscopia directa donde se objetiva la aducción de las cuerdas durante la inspiración.

El tratamiento consiste en técnicas conductuales, psicoterapia y técnicas logopédicas.

**CC-10. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS: VARIABILIDAD CLÍNICA.** Aguerrevere Machado M, Portugal Rodríguez R, Merino Arribas J, Cuervas Mons M, Torres Mariño C, Gabaldón Pastor D, Pérez Rodríguez M, Garrido Barbero M. *Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción.** La histiocitosis de células de Langerhans presenta una incidencia de 3-5 casos por millón. Se caracteriza por proliferación y acumulación de células dendríticas de Langerhans en diferentes órganos. La clínica y el tratamiento varían según su localización y extensión. Si afecta un órgano o sistema es localizado y si afecta a dos o más sistémica.

**Caso clínico 1.** Niño de 8 años de edad con tumoración maxilar izquierda de 3 cm, dolor, fiebre y pérdida ponderal de 18 días de evolución. Recibió antibiótico y antiinflamatorio sin mejoría. La ecografía reportaba tumoración sólido-

quística que rompe la cortical. El TAC mostró tumoración ósea de características malignas. Biopsia con resultado compatible con histiocitosis de células de Langerhans. Estudio de extensión con resultados normales. Por afectación exclusiva de hueso mandibular, estructura no considerada de riesgo de afectar SNC recibe tratamiento con curetaje y corticoides intralesionales. Evolución posterior favorable.

**Caso clínico 2.** Lactante de 7 meses con lesiones cutáneas eccematosas y costrosas, hepatomegalia, linfadenopatías generalizadas y fiebre. No mejoría con tratamiento antibiótico. Serologías y estudio inmunitario normales. Ecografía abdominal y cervical con múltiples conglomerados adenopáticos patológicos. Biopsia compatible con Histiocitosis de células de Langerhans. Se realizó estudio de extensión descartando afectación ósea y medular. Se diagnóstica de Histiocitosis sistémica, precisando quimioterapia. Evolución favorable durante el tratamiento actual.

**Comentario.** La histiocitosis tiene una gran heterogeneidad clínica con manifestaciones locales y sistémicas. A pesar de su baja incidencia es importante su conocimiento para incluirla como diagnóstico diferencial en casos sugestivos.

**CC-11. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CIRROSIS HEPÁTICA.** Terroba Seara S, Ocaña Alcober C, Fernández Rodríguez AN, Fernández Villar AM, Zoido Garrote E, García Aparicio C, Menéndez Arias C, Iglesias Blázquez C. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** La enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) es la acumulación macrovesicular de grasa >5% en hepatocitos, con/sin inflamación y fibrosis, descartando metabolopatía o tóxicos. Es la primera causa de hepatopatía crónica en preadolescentes y adolescentes. Los factores de riesgo fundamentales son la obesidad y resistencia a la insulina. Suele ser asintomática con diagnóstico casual o por screening. Puede existir hipertransaminasemia, hipertrigliceridemia, HOMA elevado, hipercogenidad ecográfica aunque el *gold standard* es la biopsia hepática.

**Caso clínico.** Niña de 13 años derivada por sospecha de reflujo gastroesofágico (RGE). Antecedentes de panhipopituitarismo secundario a cirugía de craneofaringioma (TTO: Minurin y Eutirox), resistencia insulínica (TTO: metformina), SAOS. Se realiza pHmetría objetivándose RGE GRAVE, se pauta omeprazol con mejoría. Exploración física: obesidad (IMC 29,1; >p97, DS+3,15), acantosis nigricans. Posteriormente aparece dolor abdominal sin datos de alarma, asociado a ingesta de lácteos. Se diagnostica de intolerancia a lactosa mediante test de hidrógeno espirado, mejorando con

dieta. En las pruebas complementarias se evidencia: AST 50 UI/L, ALT 51 UI/L, índice HOMA 7,6, ligera hepatomegalia, con aumento de ecogenidad ecográfica. Dada la persistencia de la hipercogenidad, a pesar de tratamiento dietético y farmacológico, se solicita elastografía compatible con cirrosis hepática (CAP 381, 21,3 kpa, IQR 18%).

**Comentario.** La elastografía hepática permite conocer el nivel de esteatosis, fibrosis o cirrosis de forma no invasiva. Dieta y ejercicio son los pilares fundamentales del tratamiento. Debido al aumento de la obesidad infantil, y su relación con EHGNA, deberíamos diagnosticar precozmente y realizar un tratamiento preventivo que evite la progresión a estadios más avanzados.

**CC-12. SÍNDROME DEL NERVIJO AURÍCULO-TEMPORAL O SÍNDROME DE FREY. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Palacio Tomás L<sup>(1)</sup>, Valencia Soria C<sup>(1)</sup>, Salamanca Zarzuela B<sup>(1)</sup>, Torres Aguiar L<sup>(1)</sup>, Mena Huarte J<sup>(1)</sup>, Hedrera Fernández A<sup>(1)</sup>, Asensio Valencia D<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>(2)</sup>Centro de Salud de Parquesol. Valladolid.

**Introducción.** El síndrome auriculotemporal o síndrome de Frey se caracteriza por la aparición de eritema, hiperhidrosis o ambas, con localización en el territorio del nervio auriculotemporal, que ocurre en respuesta a los estímulos gustatorios y en ocasiones táctiles. En contraste con los adultos, en los niños el síntoma característico es el *flushing* sin hiperhidrosis. Se inicia a los pocos segundos de empezar la ingestión de los alimentos y se resuelve espontáneamente a los 30-60 minutos. Mientras que en adultos se asocia a patología parotídea, en la infancia, puede aparecer espontáneamente o tras antecedente de parto instrumental. En los casos que no tienen antecedentes de su empleo ni trauma en el área de la glándula parótida, el mecanismo que se postula es una conexión nerviosa aberrante congénita.

**Caso clínico.** Lactante de 3 meses de vida que acude a Urgencias por presentar en la última semana cuadro de eritema en la hemicara izquierda tras algunas de las tomas. El exantema dura aproximadamente 20 minutos, y se resuelve espontáneamente. No presenta exantema a otros niveles, tampoco angioedema, dificultad respiratoria ni clínica digestiva. No ha iniciado todavía la alimentación complementaria. Entre los antecedentes destacan parto eutócico, con periodo neonatal inmediato normal. Desarrollo psicomotor y ponderoestatural normales. Lactancia artificial desde el nacimiento. No antecedentes traumáticos ni patológicos reseñables. En la exploración se aprecia exantema eritematoso, no habonoso evanescente en territorio del nervio auriculotemporal

izquierdo, respetando la línea media, sin agioedema. No presenta lesiones a otros niveles. El paciente se encuentra eupneico y bien perfundido. El resto de la exploración normal. Ante la sospecha de síndrome de Frey se informa a los padres sobre la benignidad del cuadro y el paciente es dado de alta.

**Conclusiones.** Dado que la aparición de estos síntomas coinciden con la ingesta, y se manifiesta sobretodo el lactantes, es importante su diagnóstico diferencial con alergias alimentarias, para evitar exámenes innecesarios y manejos terapéuticos inefectivos. En niños no se recomienda emplear ningún tratamiento dado que es un cuadro benigno, no progresivo y en ocasiones con resolución espontánea.

**CC-13. PRESENTACIÓN TARDÍA DE UNAS VÁLVULAS DE URETRA CON ESTENOSIS PIELOURETERAL.** Molnar A, Gómez Farpón A, Pontón Martino B, Fernández García L, Lara Cárdenas DC, Barnes Marañón S, Álvarez Muñoz V, Granell Suárez C. *HUCA. Oviedo.*

**Introducción.** Las válvulas de uretral posterior (VUP) son la principal causa de obstrucción del tracto urinario bajo en el recién nacido varón. Hasta el 70% de estas son diagnosticadas en el primer año de vida, especialmente durante la ecografía prenatal y el periodo neonatal. Generalmente nos encontraremos unas VUP tipo I (95%), asociando RVU en la mitad de los casos y excepcionalmente alguna otra malformación urológica.

**Resumen del caso.** Presentamos el caso de un varón de 3 años diagnosticado a los 6 meses de dilatación calicial derecha tras una infección urinaria febril. Seguido ecográficamente, tras un aumento del grado de hidronefrosis se solicitó una CUMS en la que se apreció una imagen compatible con VUP tipo III sin RVU. El renograma diurético mostró una FRD del 49% con patrón obstructivo a nivel de la unión pieloureteral derecha. Mediante cistoscopia se pudo comprobar la existencia de un diafragma uretral a nivel distal al verum, así como una estenosis pieloureteral derecha por pielografía retrógrada. Las valvas fueron resecaadas y la estenosis dilatada con un balón de alta presión, dejando un catéter doble J, comprobando la ausencia de VUP durante la retirada de este. El renograma postoperatorio mostró un patrón no obstructivo y la ecografía una mejoría evidente del grado de hidronefrosis.

**Comentarios.** La rareza de esta combinación, una estenosis pieloureteral con unas VUP sin RVU asociado, en un paciente clínicamente asintomático, ponen en evidencia la dificultad para el diagnóstico de algunas malformaciones

nefrourológicas, especialmente cuando tratamos de limitar los estudios más invasivos.

**CC-14. ¿EN TU COLEGIO HAY REFUGIADOS SIRIOS? NO, EN EL MÍO SOLO HAY NIÑOS.** Liqueste Arauzo L<sup>(1)</sup>, Tríguez García M<sup>(1)</sup>, Pérez Ruiz E<sup>(2)</sup>, Ugidos Gutiérrez MD<sup>(1)</sup>, Martín Díaz C<sup>(1)</sup>, Arenas García P<sup>(1)</sup>, Marugán De Miguelsanz JM<sup>(2)</sup>, Mialdea Lozano MJ<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Centro de Salud Eras del Bosque. Palencia. <sup>(2)</sup>Hospital Clínico Universitario. Valladolid

**Introducción.** La afluencia a Europa de refugiados procedentes de Siria es un fenómeno masivo y muy mediatizado. La reciente llegada a nuestra comunidad de refugiados, la ausencia de protocolos sanitarios de actuación, la desaparición de documentación, las condiciones de acogimiento y las diferencias socioculturales plantean problemas en la práctica diaria que deben de ser conocidos.

**Material.** Análisis de historias clínicas de niños refugiados sirios atendidos en un centro de salud. Valoración de su procedencia, factores de riesgo, tiempo de itinerancia, vacunaciones y documentos de salud aportados. Pruebas realizadas, diagnósticos y tratamientos recibidos.

#### Resumen casos:

**Familia 1.** Nivel socioeconómico alto. 6 años en campo de refugiados en Libia. 3 menores. Tras permanecer 4 meses moviéndose por España sin derecho a asistencia sanitaria, se asientan en nuestra zona. Aportan calendario de vacunación en árabe con BCG, VHB+VHA, TV; Polio oral+Tdp.

Las niñas (6 y 9 años) con doble velo y negativa inicial al reconocimiento físico. Analíticas y serologías negativas. *Entamoeba histolítica* en heces.

Niño 8 años con sobrepeso-alergia ambiental y giardiasis. no se realiza Mantoux.

**Familia 2.** Nivel socioeconómico alto. Viven los 3 primeros años de guerra en Siria: ¿exposición a agentes químicos?, ¿malnutrición? Después, 3 años en campo de refugiados en Grecia. Ninguna documentación sanitaria. 3 menores (5-12-14 años). Analíticas y serologías negativas. No parasitosis. Mantoux 15-25 mm. Radiografía tórax normal ¿IGRAS?, ¿isoniacida 3 meses?, ¿prioridad vacunación? Tras 2 semanas nos comunican que los padres tienen sospecha de tuberculosis cavitada.

**Conclusiones.** Estas dos familias representan <2% de los pacientes que recibiremos en nuestra comunidad en los próximos meses. Estos niños pueden presentar enfermedades olvidadas en nuestro medio como la tuberculosis, las parasitosis, déficit de vitamina A pero también otras que aún no han dado la cara (exposición a agentes químicos,

depresión, *bullying*, rechazo social...). Actualmente hay discrepancias entre los protocolos de actuación con niños refugiados sirios entre los diferentes países receptores. Nosotros carecemos de un protocolo propio.

VIERNES 31 DE MARZO DE 2017

Aula 2.5 - Planta 2

**CO-01. REVISIÓN DE TROMBOCITOPENIAS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.** Martínez Figueira L, Gómez Recio L, Ramajo Polo A, Rodilla Rojo EN, Del Rey Tomás-Biosca M, Mínguez Rodríguez B, Vegas Carrón M, Garrido Pedraz JM. *Complejo Asistencial de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** La trombocitopenia neonatal, definida como recuento de plaquetas  $\leq 150.000/\mu\text{l}$ , es una patología relativamente frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, con una prevalencia del 1-5%. En los neonatos ingresados esta aumenta hasta el 22-35%. Generalmente tiene carácter leve-moderado y es más frecuente a menor edad gestacional y en CIR. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la incidencia, las causas y las formas de manifestación de trombocitopenia en nuestra unidad de Neonatología.

**Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas de neonatos ingresados en la UCIN del Hospital Clínico de Salamanca entre los años 2009 y 2016. Se registró: edad gestacional, peso al nacimiento, edad al diagnóstico, presencia de sangrado, administración de transfusiones de plaquetas, causa de trombocitopenia y mortalidad.

**Resultados.** La incidencia de trombocitopenia en nuestra unidad en el periodo estudiado fue de 1.2%, con un total de 36 pacientes y una distribución por sexos homogénea. 41% presentaron trombocitopenia grave ( $< 50.000$  plaquetas). Respecto a la edad gestacional, el 86% eran recién nacidos pretérmino (41%  $< 28$  semanas). En el 66,7%, la trombocitopenia fue de aparición precoz (en las primeras 72 h). 41,7% requirieron transfusión de plaquetas y 22,2% factores de coagulación. La causa principal en aquellas de aparición precoz fue el CIR (41,7%), sin embargo lo más frecuente en las trombocitopenias tardías fue la sepsis (58,3%). El 47,2% de la muestra presentó signos de sangrado, la hemorragia intraventricular fue la presentación más frecuente (19,4%), seguido de sangrado pulmonar (13,9%), y digestivo (8,3%). La mortalidad en nuestra muestra fue de 33,3%.

**Conclusiones.** Las causas de trombocitopenia en nuestra muestra coinciden con las encontradas en la literatura, sin embargo, la menor incidencia, el mayor porcentaje de trombocitopenias graves y la mayor mortalidad objetivada nos sugieren la pérdida de pacientes con trombocitopenias leves transitorias.

**CO-02. VARIABILIDAD EN LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA ENTRE LOS MIR DE PEDIATRÍA ESPAÑOLES.** Velasco Zúñiga R<sup>(1)</sup>, Mintegi Raso S<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>(2)</sup>Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.

**Objetivo.** Analizar la formación en Urgencias de Pediatría (UP) recibida por médicos internos residentes (MIR) de Pediatría en España, así como la investigación realizada.

**Método.** Estudio descriptivo transversal. Se envió a los responsables de los Servicios de Urgencias de Pediatría (SUP) pertenecientes a SEUP una primera encuesta *on-line* acerca de las características de la formación e investigación en UP en sus SUP. A aquellos que respondieron esta primera encuesta se les envió una segunda para distribuirla entre sus MIR. Se incluyeron para análisis las encuestas de los SUP en la segunda encuesta fue completada por más del 30% de los MIR.

**Resultados.** De los centros contactados con programa MIR, en 25 SUP (59,5%) más del 30% de los MIR completaron la encuesta, incluyéndose finalmente 196 en el análisis.

El nivel de satisfacción de los MIR con la formación e investigación en UP se muestra en las figuras 1 y 2. Los

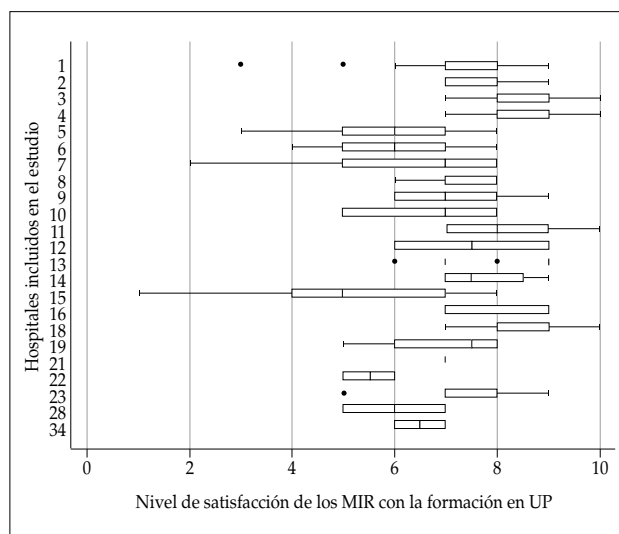


Figura 1. (CO-02).



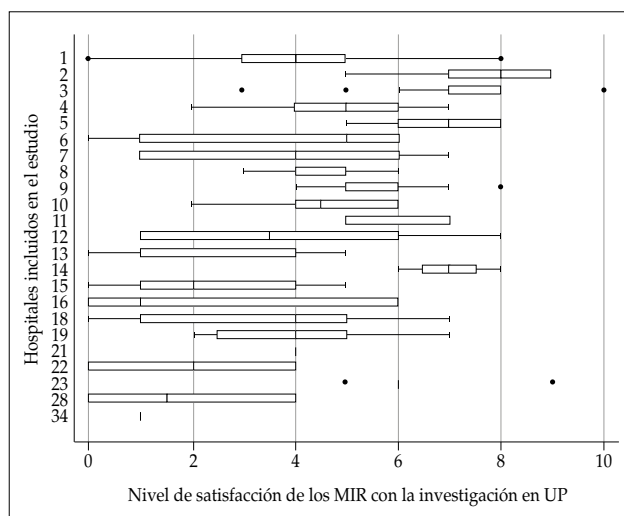


Figura 2. (CO-02).

factores asociados con mayor satisfacción con la formación fueron la existencia de indicadores de calidad en formación, así como la supervisión presencial de la práctica clínica.

La mediana de actividades de formación en investigación en los últimos años en cada UP fue de 1 (RIC 0-2), con 6 SUP (18,2%) sin ninguna actividad. Aproximadamente un 66% de los MIR consideran que la investigación no está suficientemente incentivada en su SUP.

Diecisiete (8,7%) MIR han publicado al menos un artículo en una revista indexada. Los factores que se asociaron con una mayor satisfacción con la investigación fueron la existencia de un responsable de investigación en el SUP y la percepción por parte del MIR de que la investigación es incentivada en su SUP.

**Conclusión.** Existe una variabilidad significativa en la formación e investigación en UP entre los distintos SUP españoles. Una buena organización del SUP parece clave para mejorar la formación y la investigación.

**CO-03. SÍNTOMAS CARDIACOS, ¿PATOLOGÍA ORGÁNICA O PSICOSOMÁTICA?** Arribas Arceredillo M, Salamanca Zarzuela B, Hedrera Fernández A, Valencia Soria C, Torres Aguilar L, Mena Huarte J, Alcalde Martín C, Centeno Malfaz F. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** Los síntomas cardiacos como las palpitaciones, la disnea o el dolor torácico entre otros, suponen un motivo de consulta frecuente en las unidades de cardiología infantil. El objetivo del estudio fue describir las características y la evolución de los pacientes de 9 a 14

años derivados a nuestra consulta de cardiología infantil por algún síntoma cardiovascular entre los años 2014 y 2015.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal analítico retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas digitalizadas de pacientes entre 9 y 14 años derivados a consulta de cardiología infantil por primera vez, entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015.

**Resultados.** 152 pacientes fueron derivados a nuestra consulta por diversa sintomatología, lo que supone el 62% de los pacientes de esa edad derivados por primera vez a cardiología. Destaca que el 32% de los pacientes que consultaron por síntomas cardiacos habían consultado en otras especialidades por patología de índole psicósomática, frente al 17% de los pacientes que acudieron a cardiología por otros motivos. El síntoma guía fue en un 29% sensación de palpitaciones o taquicardia, el 30% por sensación de mareo, el 13% por síncope con pérdida de conocimiento, el 25% por dolor torácico, y un 13% por disnea. Encontramos predominio de sexo masculino entre los pacientes con dolor torácico o disnea, sin observar diferencias por sexo en el resto de síntomas. Entre las pruebas complementarias realizadas, el 63% de las espirometrías resultaron patológicas en los pacientes con disnea, 6 ecocardiografías revelaron alteración estructural, un 24% de los Holter-EKG mostraron algún trastorno del ritmo, 5 EKG resultaron patológicos, y el 8% de las ergometrías fueron patológicas.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes que consultaron por síntomas cardiovasculares padecían cuadros benignos, frecuentemente de características psicósomáticas. Es fundamental para una buena orientación diagnóstica guiar la anamnesis buscando signos de alarma, que indiquen patología potencialmente grave así como distinguir los cuadros de naturaleza psicósomática que se podrán beneficiar de un manejo mejor encaminado a su trastorno.

**CO-04. CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Arribas Arceredillo M, Cebrián Fenández R, Campo Fernández N, Infante López E, Velasco Zúñiga R. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** Entre los métodos utilizados para la identificación de errores, los sistemas de notificación voluntaria son el método básico constituyendo un elemento clave para la creación de una cultura de seguridad. El objetivo del estudio fue evaluar el grado de conocimiento y opinión de los profesionales sanitarios de la Unidad de Urgencias de Pediatría (UP) acerca de la seguridad del paciente y del Sistema de Notificación de Errores (SISNOT).

**Método.** Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta autocumplimentada, que se distribuyó entre los pediatras, médicos residentes (MIR) y personal de enfermería (DUE) de la UP de nuestro hospital.

**Resultados.** Se distribuyó la encuesta entre 44 profesionales, con un 95,5% de participación: 7 pediatras de UP, 9 pediatras de hospitalización, 11 MIR, 13 DUE y 2 estudiantes de enfermería. La mediana de edad fue de 35 años. El 81,5% del personal médico considera que la UP es un lugar seguro, frente al 100% de DUE ( $p$  0,08). Respecto a las fuentes habituales de errores en la UP, la identificación es considerada por el 63% de médicos y el 20% de DUE ( $p$  0,008) y la medicación por el 59,3% de médicos frente al 26,7% de DUE ( $p$  0,04). El 60% de DUE hacen doble check cuando administran medicación mientras que el 22,2% de pediatras lo realizan cuando la pautan ( $p$  0,014). Acerca del SISNOT, este sistema es conocido por el 92,6% de médicos y por el 53,3% de DUE ( $p$  0,003). 13 (48,2%) médicos y 3 (20%) DUE han notificado alguna vez ( $p$  0,07). Entre los profesionales que no han notificado errores, el 14,3% de médicos y el 50% de DUE no lo han hecho por desconocimiento del sistema ( $p$  0,049). En el caso de que el sistema de notificación se realizase en papel, 9 (64,3%) DUE y 7 (25,9%) médicos opinan que notificarían con mayor frecuencia ( $p$  0,017). El 100% de DUE consideran que sería útil un checklist al final del turno, solo el 74,1% pediatras comparte esta opinión ( $p$  0,03).

**Conclusión.** El personal sanitario de la UP considera la seguridad del paciente importante, aunque el conocimiento del sistema de notificación es moderado, especialmente entre el personal de enfermería, por lo que sería interesante la formación en este sistema o valorar otros métodos de detección y notificación de errores alternativos. Se aprecian importantes diferencias entre el personal médico y de enfermería, por lo que deberían diseñarse acciones de mejora diferenciadas.

**CO-05. FAGOFOBIA, UN TIPO DESCONOCIDO DE DISFAGIA.** Aparicio Ríos P, Parra Rodríguez A, Expósito De Mena H, Torres Peral R. *Complejo Asistencial Universitario Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** La fagofobia es un tipo de disfagia psicógena caracterizada por la existencia de miedo intenso a comer. En la mayoría de los casos existe un evento desencadenante. Debido a que se trata de una patología en muchas ocasiones poco conocida nos planteamos determinar los rasgos epidemiológicos de los pacientes y las características de los cuadros vistos en nuestro servicio.

**Métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes diagnosticados de fagofobia atendidos en la con-

sulta de Gastroenterología Infantil entre enero y diciembre de 2016. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, desencadenante, clínica y exploración física, pruebas complementarias, personalidad previa, tiempo de seguimiento, tratamiento establecido y evolución. Datos analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS 22 Statistics.

**Resultados.** Fueron 7 los pacientes, remitidos por rechazo de sólidos de forma aguda, diagnosticados de fagofobia. 4/7 (57%) eran varones con una edad media de  $6,85 \pm 1,95$  años. El tiempo medio de seguimiento fue de  $3,21 \pm 2,37$  meses. 2/7 (25%) tenían alteración previa de la personalidad. Seis pacientes referían un antecedente previo claro (3 atragantamiento con alimento (42,9%), 2 ingesta de cuerpo extraño (28,6%) y 1 proceso infeccioso (14,3%). En cuanto a la clínica el 85,7% presentaban como síntoma principal disfagia a sólidos y el resto odinofagia. Dos pacientes referían sensación de cuerpo extraño y 5 sensación de ahogo durante la ingesta. Solo 2/7 (28,6%) refería ansiedad anticipatoria intensa previa. En todos los casos se objetivó pérdida de peso desde el inicio del cuadro. Todos fueron valorados por Otorrinolaringología, sin objetivar hallazgos. Un paciente refería impactaciones alimentarias, por lo que se realizó endoscopia digestiva alta que resultó normal. En 6/7 (85,7%) de los casos se produjo resolución del cuadro tras explicación de la anatomía/fisiología de la deglución y técnicas de relajación. En un paciente fue necesario iniciar fórmula hipercalórica y remitir a Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario para terapia psicológica específica y medidas farmacológicas. Todos los pacientes experimentaron evolución favorable con resolución del cuadro.

**Conclusiones.** En nuestra serie se trata de una patología más frecuente en varones. La historia clínica es fundamental y las pruebas complementarias serán necesarias solo en los casos de mala evolución o duda diagnóstica. En la mayoría el tratamiento conservador fue suficiente para su resolución.

**CO-06. DIFICULTAD RESPIRATORIA. ¿OTRA BRONQUIO-LITIS MÁS?** Álvarez Álvarez N, Ramajo A, Plata B, García-Cuenllas L, Martínez L, Muñozero M, Fernández S, Fernández S. *Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La miocarditis es un proceso inflamatorio del miocardio con afectación de miofibrilla, intersticio o componentes vasculares. De incidencia desconocida en niños, la etiología más frecuente es la infecciosa (viral) y presenta gran heterogeneidad en curso clínico y pronóstico.

#### **Caso clínico:**

*Caso 1.* Niña de 20 meses con cuadro catarral que en una semana empeora progresivamente cursando con taquipnea y

decaimiento por lo que es ingresada en su hospital de origen. En la analítica presenta marcadores de infección negativos destacando acidosis metabólica moderada. Comienza con hipoxemia y trabajo respiratorio por lo que, con diagnóstico de crisis asmática grave, se deriva a nuestra unidad de intensivos precisando intubación a su ingreso. Presenta parada cardiorespiratoria con reanimación durante 18 minutos. En ecocardiografía se objetiva dilatación de ventrículo izquierdo y disfunción sistólica grave. Precisa soporte inotrópico y comienza con deterioro neurológico con imagen compatible con edema cerebral difuso en tomografía. Se inician medidas anti hipertensión intracraneal sin respuesta compatible con muerte encefálica. La PCR para enterovirus fue positiva en aspirado nasofaríngeo y la biopsia de miocardio revela con miocarditis crónica con afectación masiva de miocardio.

*Caso 2.* Niña de 2 años con cuadro catarral de 15 días de evolución. Diagnosticada de bronquiolitis recibe tratamiento con salbutamol sin mejoría. Presenta empeoramiento con decaimiento por lo que es valorada en Urgencias donde objetivan decaimiento, quejido y hepatomegalia. En la analítica destaca leucocitosis, alteración de perfil hepático y elevación de PCR. La radiografía de tórax revela cardiomegalia con derrame pleural y en la ecocardiografía se objetiva disfunción grave de ambos ventrículos y aurículas dilatadas. Presenta elevación de troponina T y propéptido natriurético cerebral N-terminal con ECG sin signos de isquemia, todo ello en contexto de miocardiopatía dilatada probablemente secundaria a miocarditis. Dada la situación de insuficiencia cardíaca grave es ingresada en intensivos precisando intubación, soporte inotrópico, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y en última instancia, levosimendán. Ante la falta de respuesta es trasladada al HGM donde se realiza resonancia que confirma miocarditis. Actualmente tratamiento con captopril y carvedilol persistiendo disfunción biventricular.

**Comentarios.** El 50-60% de los casos de miocarditis viral tienen curso benigno con recuperación espontánea de función miocárdica, aunque un 30% evolucionan a miocardiopatía dilatada. Un número menor de pacientes tienen evolución fulminante aunque su pronóstico a largo plazo suele ser bueno, 90% de supervivencia a los 10 años, lo que resalta la importancia de un diagnóstico precoz y tratamiento inicial agresivo.

**CO-07. UNIDAD DE DISFAGIA PEDIÁTRICA EN PARÁLISIS CEREBRAL.** Aparicio Ríos P, Mínguez Rodríguez B, Expósito De Mena H, Torres Peral R. *Complejo Asistencial Universitario Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** La disfagia es definida como la dificultad para la deglución de alimentos. Es un problema emergente en pediatría sobre todo en parálisis cerebral infantil (PCI) debido al aumento de su esperanza de vida. La creación de Unidades de Disfagia (UD) permite el diagnóstico y manejo integral de estos pacientes.

**Métodos.** Revisión de los casos de PCI valorados en UD de nuestro centro en el año 2016 mediante un estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados.** Fueron valorados un total de 84 pacientes en la UD, de los cuales fueron vistos por primera vez en ese año el 46%. La mayoría fueron derivados por el especialista de Digestivo-Nutrición (25%) y durante un ingreso hospitalario (17%). El resto, un 14% Neurología, un 12% Neumología y un 12% Atención Primaria. La patología de base más frecuente fue la neurológica (37%), seguido de cuadros sindrómicos (18%) y prematuridad (15%). Dentro de los neurológicos, 21 tenían PCI (11 varones), 15 de ellos (71%) presentaban una disfunción según el *Gross Motor Classification System* (GMCS) IV y V. Se realiza videofluoroscopia (VF) en 16/21 pacientes siendo patológica en 13 (81%). Se objetivan aspiraciones silentes en 10/16 (62,5%), de los cuales el 90% presentan un GMCS IV y V, observándose una correlación inversa significativa entre estas y el GMCS (p: 0,039). En un 72,4% se realizó adaptación de la dieta junto con rehabilitación miofuncional de la deglución. En 10 pacientes (47%) fue necesario realizar gastrostomía en algún momento de su evolución.

Presentan un cuadro compatible con síndrome aspirativo crónico 12/21 pacientes (57%). Previa valoración, 7/12 (58,3%) han presentado >10 exacerbaciones respiratorias y visitas a urgencias. Tras valoración por la UD, 2/12 presentan entre 2-4 exarcebaciones respiratorias.

**Conclusiones.** Un 61,9% de nuestros pacientes con PCI (13/21) presentan aspiraciones en la VF. La aspiración silente es directamente proporcional a la intensidad del daño neurológico, lo que sugiere la necesidad de realizar VF en todos los pacientes con GMCS IV-V pese a la normalidad de la observación de la ingesta. El manejo por una Unidad especializada en disfagia disminuye el número de exacerbaciones respiratorias de nuestras pacientes con PCI.

**CO-08. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR NEONATAL. ¿UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE?** Álvarez Álvarez N, Ramajo A, Plata B, García-Cuenillas L, Sánchez-Villares C, González E, Abad N, Roncero M. *Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) es la arritmia más frecuente en pediatría con una

TABLA I. (CO-08).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
<b>Sexo y edad al diagnóstico</b>	Mujer/28 días	Mujer/8 horas de vida	Varón/8 días de vida
<b>Antecedentes personales y contexto</b>	Sana. Bronquiolitis	Embarazo controlado. CIR tipo I	Sano. Tos y mucosidad
<b>Forma de presentación</b>	Irritabilidad, rechazo de la alimentación y taquipnea	Registro en la monitorización ECG	Hallazgo casual en la exploración
<b>ECG</b>	Taquicardia de QRS estrecho. FC >250 lpm	Taquicardia de QRS estrecho. FC >250 lpm	Taquicardia de QRS estrecho. FC >250 lpm
<b>Situación clínica del paciente</b>	Insuficiencia cardiaca	Estable hemodinámicamente	Estable hemodinámicamente
<b>Tratamiento inicial en fase aguda y resultado</b>	Maniobras vagales: fracaso Adenosina: fracaso	Maniobras vagales. Cese de taquicardia	Maniobras vagales: fracaso Posteriormente cese espontáneo
<b>Tratamiento ante fracaso terapéutico</b>	Cardioversión 1 julio/kg	No precisa	No precisa
<b>Ecocardiografía</b>	Disfunción ventricular y dilatación cavidades izquierdas	Sin alteraciones	Sin alteraciones
<b>ECG de control</b>	Preexcitación. QTc largo	Sin alteraciones	Preexcitación
<b>Tratamiento de mantenimiento</b>	Propranolol	Propranolol	Flecainida
<b>Evolución</b>	Resolución de la disfunción ventricular en 24 horas. Alta a los 9 días	Episodios de TPSV de segundos de duración y resolución espontánea	Episodios de TPSV que ceden con vagales/adenosina

incidencia de 0,1-0,4%. La forma de presentación habitual es un hallazgo casual en una revisión médica o palpaciones y, en segundo lugar, clínica inespecífica consistente en mala coloración, rechazo de tomas e irritabilidad, especialmente en los más pequeños.

**Caso clínico.** Se presentan 3 casos de TPSV neonatal diagnosticados entre diciembre 2016 y enero 2017 en nuestro hospital (Tabla I).

**Comentarios.** La TPSV suele ser bien tolerada y en ocasiones de resolución espontánea. No obstante, puede dar lugar a arritmias malignas, insuficiencia cardiaca y taquimiocardiopatía debido a la persistencia en el tiempo de frecuencias cardiacas excesivamente altas. Esto ocurre fundamentalmente en los niños de menor edad dada la sintomatología inespecífica que conlleva una mayor demora en el diagnóstico. Por todo ello es importante realizar un diagnóstico acertado, ya que esta es una de las pocas causas de miocardiopatía dilatada reversible.

**CO-09. REDUCCIÓN MANUAL DE INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA IDIOPÁTICA ECOASISTENCIA.** Pradillos Serna JM, Fuentes Carretero S, Ardela Díez E. *CAULE. León.*

**Introducción.** La invaginación intestinal es una enfermedad grave, la principal causa de obstrucción intestinal en menores de 2 años. Una porción del tubo digestivo se introduce en un segmento inmediatamente distal a él. Provocando edema, congestión y necrosis.

Ocurre en menores de un año (*peak* entre los 3-9 meses). Más frecuente sexo masculino 60-70%. Suele producirse en la región ileocólica; menos frecuentemente cecocólica y ileales.

La mayoría idiopáticos, en 2-8% hay alteraciones anatómicas, más frecuente divertículo de Meckel, especialmente en mayores de 2 años y adultos.

La intervención quirúrgica es poco frecuente, el tratamiento estándar es enema (de aire o medio líquido).

Presentamos un nuevo, simple, seguro y efectivo manejo.

**Material y métodos.** La reducción manual externa se realiza bajo sedación. Maniobras seriadas durante 10-15 minutos consiguiéndose la reducción. Se realizó en 4 niños con cabeza de invaginación ileocólica en colon transversal (por ecografía), sin datos de perforación.

**Resultados.** Se consigue reducción manual externa en 3 y 1 se consigue reducir hasta ciego (reducción parcial), seguido de enema medio líquido. No se requirió intervención quirúrgica en ninguno de los casos.

**Discusión.** La invaginación intestinal es un cuadro de alta relevancia clínica no solo por el grado de sospecha que requiere su diagnóstico, sino por las consecuencias que derivan del manejo inadecuado, presentando una mortalidad global de hasta 6%. La reducción manual externa es segura, fácil, estandarizable y efectiva. Libre de radiación. Podría incorporarse como primera línea de tratamiento en la reducción de la invaginación.

**CO-10. VALIDACIÓN DEL CORTISOL SALIVAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON CORTICOIDES.** Prieto-Matos P, Sánchez-Villares Lorenzo C, Gómez Recio L, Rodilla Rojo EN, Rojas C, Hernández Cerceño MI, Parra A, Martín Alonso M. *Hospital de Salamanca.*

**Introducción.** Para el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal (ISR) se utiliza el cortisol plasmático (CP) basal y tras estímulo con ACTH. Actualmente, el cortisol salivar (CS) está ganando aceptación en el diagnóstico, al tratarse de un método fácil y no invasivo.

**Objetivos.** Establecer la incidencia de ISR. Correlacionar el CP y CS en pacientes tratados con corticoides.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en pacientes tratados con corticoides. Determinación de datos antropométricos, clínica de ISR, CP, CS. En pacientes con CP sugerente de ISR (<8 mg/dl) se realiza test de ACTH. Se realiza estudio estadístico mediante SPSS marcando como significación estadística una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se recogen 100 pacientes con una edad de  $7,6 \pm 2,6$  años, (63% varones y 85% prepuberales). El 67% recibieron el tratamiento por asma, el 19% por laringitis y el 14% por otras patologías. Dosis equivalente de hidrocortisona  $148 \pm 83$  mg/m<sup>2</sup>/día, con mediana de días de tratamiento 4 [3-5]. El 21% presentaron CP sugerente de ISR, en ellos el 67% se realizó test ACTH, diagnosticando 9,5% ISR (2% del total). Se establece correlación estadísticamente significativa entre CP y CS basal ( $R=0,722$ ,  $r^2=0,521$ ,  $p=0,000$ ) y a los 60' del test ACTH ( $R=0,883$ ,  $r^2=0,694$ ,  $p=0,001$ ). Se establece correlación estadísticamente significativa entre CP y CS basal y los días tras fin de tratamiento ( $R=0,304$ ,  $r^2=0,092$ ,  $p=0,002$ ), ( $R=0,280$ ,  $r^2=0,078$ ,  $p=0,006$ ), respectivamente.

**Conclusiones preliminares.** El CS puede predecir el nivel de CP de forma basal y tras el estímulo con ACTH, aumentando cuanto más tiempo pasa respecto a la retirada del corticoide. El CS podría ser el método de diagnóstico futuro de ISR sin necesidad de determinación plasmática de cortisol.

**CO-11. PROTOCOLO DE ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ANOMALÍAS DE PARED TORÁCICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.** Fuentes Carretero S, Pradillos Serna JM, Ocaña C, Ardelá Díaz E. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** Las anomalías de pared torácica son una patología amplia siendo las más frecuentes el pectus excavatum y el carinatum. El objetivo de este trabajo es presentar el protocolo de abordaje integral de estas anomalías, de reciente implantación en nuestro centro.

**Métodos.** Revisión sistemática de la literatura actualizada en la materia, descripción del protocolo implantado en nuestro centro y análisis descriptivo de los pacientes tratados hasta la fecha.

**Resultados.** El protocolo del abordaje integral de las malformaciones de pared torácica abarca desde el seguimiento en consulta, el tratamiento ortopédico y rehabilitador, el análisis del impacto psicológico y el tratamiento quirúrgico en los casos necesarios.

Desde la consulta se ponen en marcha intervenciones fundamentalmente informativas y se instaura un programa de ejercicios específico. Además se aplica un cuestionario de evaluación del impacto físico y psicológico de la malformación. A partir de los 12 años se valora de manera individualizada el tratamiento ortopédico o quirúrgico. En un año de funcionamiento del Servicio se han valorado 57 pacientes, de los cuales la mayoría (37) se encuentran en seguimiento con programa de ejercicios únicamente. Un total de 17 pacientes siguen tratamiento ortopédico y se han realizado 3 intervenciones quirúrgicas.

**Conclusiones.** Las anomalías de la pared torácica son una patología relativamente frecuente. Es importante un abordaje integral de las mismas, desde la información a las familias y la evaluación psicológica hasta el tratamiento quirúrgico, haciendo hincapié en la alternativa ortopédica, que a la vista de la literatura actual, posiblemente sea la apuesta de futuro frente a la cirugía.

**CO-12. OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR (LUTO). REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA.** Hontoria E, González C, Terroba S, Fernández M, Martínez J, Pradillos JM, Ardelá E, Fuentes S. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Objetivo.** describir las características de los pacientes diagnosticados de LUTO en nuestro centro en los últimos 12 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de historias clínicas. Datos recogidos: etiología, edad y clínica al diagnóstico, filtrado glomerular al diagnóstico y con el seguimiento, tratamiento recibido.

**Resultados.** Se incluyen 8 pacientes (7 varones). La etiología y clínica de presentación fueron: 4 válvulas de uretra posterior (VUP) (hidronefrosis de diagnóstico prenatal, macrohematuria en periodo neonatal, infección del tracto urinario (ITU) a los 2 meses de edad, síndrome miccional a los 12 años), 3 estenosis de uretra anterior (estenosis idiopática con hidronefrosis prenatal, síndrome miccional secundario a hipospadias y liquen escleroso a los 4 y 12 años de edad respectivamente). Un síndrome de válvulas-like diagnosticado tras ITU a los 2 meses de edad. Al diagnóstico 7 pacientes presentaban un filtrado glomerular normal para la edad y uno presentó una insuficiencia renal aguda. Todos ellos precisaron intervención quirúrgica y 6 de ellos profilaxis antibiótica. Al final del periodo de seguimiento un paciente había fallecido por sepsis urológica, los otros 7 presentan filtrado glomerular normal.

**Conclusiones.** La presencia de LUTO es más frecuente en varones. En nuestra serie la etiología principal son las VUP. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la morbimortalidad asociada.

**CO-13. TALLA BAJA PATOLÓGICA SECUNDARIA A MUTACIONES EN NPR2. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.** Naranjo González C, Pérez Gordon J, López Wilches M, Garmendia Amunarriz M, Bertholt Zuber ML, Freijo Martín MC, Palenzuela Revuelta I. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** El gen NPR2 situado en el cromosoma 9 (9p21-p12), codifica el receptor-B del péptido natriurético y está implicado en la regulación del crecimiento esquelético. Mutaciones en homocigosis dan lugar a Displasia acromesomélica Maroteaux y en heterocigosis podrían ser causa de hipocrecimientos englobados habitualmente en el grupo de tallas bajas idiopáticas.

#### Resumen casos clínicos:

**Caso 1.** Varón de 11 años remitido por talla baja. Refieren crecimiento con talla en p3 desde los 2 años. Antecedentes sin interés, no CIR. Talla genética 164,6 cm. Exploración 1ª visita: 11,03 años, talla 130,1 cm (SDS -1,89), peso 40,2 kg, peso/talla 150%, testes 5 cc, no adrenaquia. Pruebas complementarias: analítica normal, IGF1 429 ng/ml. EO 10,6 años, PTF 162,5 cm. Evolución: en pubertad mejoría de talla, con 13,1 años talla 145,2 cm (SDS -1,15), testes 15 ml, G4, P4. Pero crecimiento puberal corto y con 14 años desciende velocidad

de crecimiento. A los 16,7 años talla 155,5 cm (SDS -2,89), aspecto disarmónico, extremidades superiores cortas, cortedad 4º metacarpo. Solicitamos estudio genético por fenotipo mutación gen SHOX/PAR1:cambio c.1262C>T (p.Thr421Met) en exón 6 del gen NPR2 en heterocigosis. Última visita 18,26 años, talla 156 cm (SDS -3,3), 56 kg, P/T 112,05%.

**Caso 2.** Varón de 7 años remitido por talla baja. Refieren crecimiento con talla en p3 desde lactante con estancamiento en último año. Antecedentes sin interés, no CIR. Talla genética 161,8 cm. Exploración 1ª visita 7,15 años, talla 108,4 cm (SDS -2,9), peso 18,3 kg, peso/talla 95,36%, testes 3 cc, no adrenaquia. Pruebas complementarias: analítica normal, IGF1 126 ng/ml. Test secreción GH estímulo insulina-hipoglucemia pico 7,74 ng/ml y clonidina 16,6 ng/ml. EO retrasada, con 9,77 años EO 6 años, PTF 174,4 cm. Evolución: mantiene talla baja (SDS <-2) y vdc <p50. RMN cerebral: hipófisis normal. A los 12,2 años talla 128 cm (SDS -3,01), EO 9,6 años, PTF 160 cm. Se pide tratamiento con GH a pesar de Test Disociados, inicio GH a los 13 años. A los 13,9 años fenotipo disarmónico con extremidades cortas y cortedad 4º metacarpo. Solicitamos estudio genético por fenotipo mutación gen SHOX/PAR1: Mutación c.1641\_1643 (p.Val548del) del gen NPR2 en heterocigosis. Presenta pubertad rápidamente evolutiva, a los 13,91 años, testes de 25 ml, G4, P4. Fin tratamiento: 17,14 años, talla 156,7 cm (SDS -2,56). Talla final 157,6 cm (SDS -3,03).

**Conclusiones.** En niños con talla baja es imprescindible estudiar fenotipo y segmentos corporales. Mutaciones en NPR2 causan fenotipos similares a mutaciones en gen SHOX.

Descartar en pacientes con fenotipo mutación gen SHOX no confirmado genéticamente.

**CO-14. SEDOANALGESIA EN LA REDUCCIÓN HIDROSTÁTICA DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL ILEOCECAL: PERCEPCIÓN DEL RADIÓLOGO DE NUESTRO HOSPITAL.** Gómez Sánchez E, Cuervas-Mons Tejedor M, Hernández Frutos E, Urquiza Físico JL, Pérez Rodríguez M, Rodríguez Miguélez M, Bayona García I, Del Blanco Gómez I. *HUBU. Burgos.*

**Introducción y objetivos.** Los procedimientos molestos o dolorosos en Pediatría se recomiendan hacer bajo sedación. Sin embargo es controvertido el uso de sedoanalgesia para la reducción de la invaginación intestinal ileocecal. El objetivo de este estudio es valorar la percepción y experiencia de los radiólogos de nuestro hospital en este aspecto.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de periodo. Muestra constituida por los radiólogos con participación en la técnica de reducción hidrostática ecoguiada de

la invaginación intestinal ileocecal (RHEIII) en nuestro hospital, a los que se realizó una encuesta durante junio de 2015.

**Resultados.** Respondieron al cuestionario 15 radiólogos (11 adjuntos y 4 residentes) de 22 posibles. 14/15 habían participado como principal responsable en la técnica, 9/15 habían realizado el procedimiento con y sin sedación a lo largo de su carrera profesional, 5/15 solo con el paciente sedado y 1/15 no contestó (NC). El 33,33% (5/15) no consideraban doloroso el procedimiento de RHEIII. Solo 22,22% (2/9) de los radiólogos que habían realizado RHEIII con sedación y sin sedación consideran que es un procedimiento no doloroso frente al 60% (3/5) de los que solo lo habían realizado bajo sedación. Consideraban que el paciente sedado estaba más confortable durante el procedimiento y que facilitaba su trabajo 14/15 (1 NC). Consideraban que la sedación mejora los resultados del procedimiento 13/14 (1 NC) y 12/14 consideran que de su casuística alguna reducción no se hubiese logrado sin sedación. En cuanto al nivel de sedación que preferían 12/15 preferían un nivel de sedación profunda. Ninguno consideraba que la sedación hubiese supuesto un problema para el procedimiento y solo 1/15 vivió alguna complicación de la sedación que no imposibilitó el procedimiento. Todos se sentían seguros con la presencia de un intensivista pediátrico como conductor de la sedación. Recomendaban el empleo de sedoanalgesia para la técnica de reducción hidrostática de invaginación ileocólica 14/15 (1 NC).

**Conclusiones.** La mayor parte de radiólogos de nuestro centro consideran la RHEIII un procedimiento doloroso, especialmente si tienen experiencia en realizarla sin sedoanalgesia. La percepción mayoritaria es que mejora el confort del paciente y facilita y mejora el rendimiento del procedimiento. La sedación no ha interferido con la técnica y se sienten seguros cuando es conducida por un intensivista.

## SÁBADO 1 DE ABRIL DE 2017

### Aula 2.3 - Planta 2

**CO-15. PIELONEFRITIS AGUDAS EN PEDIATRÍA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LACTANTES Y ESCOLARES.** Sánchez MN, Membrives Aparisi JS, Moreno Carrasco JL, Jiménez Jiménez AP, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Objetivos.** Analizar las características clínico-epidemiológicas, diagnóstico-terapéuticas y evolutivas de las pielone-

fritis agudas (PNA) en función del grupo etario (lactantes/escolares).

**Material/métodos.** Estudio analítico retrospectivo de las características de niños ingresados por PNA en nuestro servicio entre 2009-2015, excluyendo periodo neonatal, con seguimiento de al menos 1 año. Se define "lactante" como niño  $\leq 2$  años y "escolar" de 2-14 años. Revisión de historias clínicas. Análisis de resultados con Spss v23.0.

**Resultados.** Se registraron 32 ingresos por PNA, 22 (68,75%) lactantes y 10 (31,25%) escolares. 14 (43,8%) varones y 18 (56,3%) mujeres. Mediana etaria lactantes 5,5 meses (2-11) vs escolares 73,5 meses (38,5-94,5). Sin diferencias en distribución de sexo ni estancia media hospitalaria. La clínica más frecuente en ambos grupos fue gastrointestinal, asociando significativamente mayor irritabilidad en lactantes y mala perfusión en escolares ( $p < 0,05$ ), con una media de días de fiebre superior en escolares (3,6 vs 2,5,  $p = 0,092$ ). Analíticamente observamos diferencias estadísticamente significativas en % medio de neutrófilos, mayor en escolares (80,64% vs 63,7%,  $p < 0,001$ ), a pesar de presentar mayor leucocitosis en lactantes (20.727 vs 17.673,  $p = 0,27$ ). La cifra media de PCR máxima fue superior en escolares (158,83 mg/L vs 110,36 mg/L,  $p = 0,175$ ). El urianálisis no mostró grandes diferencias entre grupos, observando mayor proporción de nitritos positivos en escolares ( $p = 0,186$ ). El 81,25% (26) de urocultivos fueron positivos para *E. coli* vs 18,75% (6) para otras enterobacterias (*K. oxytoca*/*E. faecalis*/*E. cloacae*/*P. mirabilis*), más frecuentes en escolares varones. Ecográficamente se halló mayor proporción de alteraciones en escolares ( $p = 0,212$ ), con anomalías (RVU) más frecuentes en la CUMS ( $p = 0,087$ ), principalmente en escolares varones ( $p = 0,191$ ), sin detectar mayor proporción de cicatrices renales ( $p = 0,592$ ). Los escolares con alteraciones urinarias ingresaron posteriormente por PNA recurrente con mayor frecuencia ( $p = 0,044$ ), siendo principalmente varones ( $p = 0,178$ ).

**Conclusiones.** Destacamos la importancia del factor edad en niños diagnosticados de PNA. Los lactantes tienen alta predisposición a presentarla, sin embargo, escolares, principalmente varones que ingresan por PNA suelen asociar con mayor frecuencia patología nefrourológica que predispone a mayor número de infecciones y deterioro renal, siendo necesario recordar descartar patología urinaria.

**CO-16. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO.** Ibáñez R, Arribas Montero I, Porras Rubio MI, Martínez Alonso MA, Portugal Rodríguez R, Esteban Sanz R, Ferragut Ferretjans F, Rodríguez Miguélez M. *Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción.** La hospitalización de día es la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican un ingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio descriptivo con análisis retrospectivo de las consultas realizadas en los dos últimos años en un hospital de día pediátrico polivalente médico-quirúrgico.

**Resultados.** Se han registrado 3.154 consultas totales durante los años 2015-2016 que corresponden a 1.988 pacientes diferentes con una media de visitas por paciente de 1,6. La edad media de los pacientes atendidos fue de 6 años [0,07-21] con una distribución por sexos del 65,5% de varones y del 34,5% de mujeres. El 57,9% de las consultas fueron vinculadas al Servicio de Pediatría, siendo el resto de las mismas pertenecientes a intervenciones de Cirugía Pediátrica y otras especialidades quirúrgicas. Entre los procedimientos médicos realizados destacan la realización de analíticas y sellado de reservorios (33,8%), las revisiones y consultas programadas (12%) y la administración de tratamientos parenterales (15,5%), distinguiendo entre ellos, tratamiento a pacientes hemato-oncológicos (7,3%) y administración de toxina botulínica a pacientes neurológicos (39,8%).

**Conclusiones.** La hospitalización de día permite disminuir el número de estancias hospitalarias innecesarias en pacientes que se pueden beneficiar de un seguimiento o tratamiento ambulatorio.

Un Hospital de Día pediátrico polivalente ofrece cobertura asistencial a pacientes de múltiples especialidades tanto médicas como quirúrgicas y admite diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como seguimiento regular o esporádico de los pacientes.

**CO-17. ANÁLISIS DE VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.** Martín Alonso M, Rodilla Rojo EN, García Iglesias D, Gómez Recio L, Sánchez-Villares Lorenzo C, Sánchez Moreno S, Parra Rodríguez A, Prieto Matos P. *Hospital Universitario de Salamanca*.

**Introducción.** Actualmente la Hb1Ac es el patrón de referencia para evaluar el control glucémico de los pacientes con diabetes mellitus. Sin embargo solo explica un porcentaje del riesgo de complicaciones a largo plazo. Cada día existen más estudios que ponen en evidencia la importancia las fluctuaciones agudas de la glucemia a la hora del desarrollo de complicaciones.

**Objetivos.** Evaluar la correlación entre la variabilidad de la glucemia (VG) de sujetos con diabetes relacionándola con los niveles de HbA1c, años de evolución de la enfermedad, péptido C residual y el índice de masa corporal.

**Pacientes y métodos.** Se recogen datos de la VG [DS y rango intercuartílico (RIQ)] mediante sensor continuo de glucemia (Medtronic®), y se correlaciona con los Valores de HbA1c, años de evolución de la enfermedad, péptido C residual y el índice de masa muscular. El análisis se realizó mediante el SPSS 21 considerando significación estadística una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 20 pacientes, siendo un 14,3% varones, con una edad de  $13 \pm 2,9$  años, una HbA1c de  $7,5 \pm 0,6\%$  y un péptido C de  $0,25 \pm 0,66$  ng/ml, tiempo de evolución de  $6,31 \pm 3,21$  años.

Los niveles de HbA1c se correlacionaron con las DS ( $r=0,52$ ;  $p=0,01$ ), rango intercuartílico ( $r=0,55$ ;  $p=0,01$ ). Los años de evolución presentaron correlación con DS ( $r=0,48$ ;  $p=0,03$ ). El péptido C, al igual que el IMC (calculado en  $\text{kg}/\text{m}^2$  y en desviaciones estándar) no demostró correlación con ninguno de los índices de VG.

**Conclusiones.** Existe correlación entre la DS de la glucemia y los años de evolución de la diabetes y con la HbA1c, que también se relaciona con el RIQ. Se precisa ampliar muestra y estudios a largo plazo para evaluar cómo influyen la VG en las complicaciones a largo plazo.

**CO-18. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTES TRATADOS CON BOMBA DE INSULINA Y MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA.** Martín Alonso M, Rodilla Rojo EN, García Iglesias D, Gómez Recio L, Sánchez-Villares Lorenzo C, Sánchez Moreno S, Parra Rodríguez A, Prieto Matos P. *Hospital Universitario de Salamanca*.

**Introducción.** En el momento actual se está relacionando la variabilidad glucémica (VG) con el riesgo de hipoglucemia y con las posibles complicaciones a largo plazo de la diabetes mellitus. Existen varios índices que analizan esta variabilidad.

**Objetivos.** Comparar la VG mediante DS y rango intercuartílico (RIQ), en pacientes tratados con bomba de insulina (ISCI) y con múltiples dosis de insulina (MDI).

**Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo en el cual se evalúa la VG en 20 pacientes mediante la colocación del sensor continuo de glucosa (Medtronic®). Se comparan la DS, rango intercuartílico, entre los pacientes tratados con MDI ( $n=7$ ) y los tratados con ISCI ( $n=20$ ) además de un grupo con ISCI con sensor integrado (7). Se realizó el análisis mediante



el programa estadístico SPSS 21 y se consideró resultado estadísticamente significativo una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 20 pacientes, siendo un 14,3% varones, con una edad de  $13 \pm 2,9$  años, una HbA1c de  $7,5 \pm 0,6\%$  y un péptido C de  $0,25 \pm 0,66$  ng/ml tiempo de evolución de  $6,31 \pm 3,21$  años, sin demostrarse diferencias significativas en estos valores entre los grupos del estudio.

Se comparan los índices de VG entre sexos sin demostrar diferencias significativas al igual que ocurría con la existencia de pubertad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en DS y rango intercuartílico de los grupos tratados con BICI y MDI. En aquellos pacientes con sensor integrado en ISCI ( $n=7$ ) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la DS ( $p=0,008$ ) y RIQ ( $p=0,009$ ).

**Conclusiones.** No se demuestran diferencias en los índices de VG entre pacientes tratados con ISCI y con MDI. Se demuestran diferencias en DS y RIQ en aquellos pacientes tratados con ISCI con sensor integrado. Dado la pequeña muestra de estudio se precisa aumentar el número de pacientes para poder encontrar las posibles diferencias que puedan existir.

**CO-19. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DERIVADOS A UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA PARA ESTUDIO DE ÚLCERAS ORALES RECURRENTE.** Burgueño Rico R, Jiménez Jiménez AP, Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, Pino Vázquez MA, González García H, Álvarez Guisasaola FJ. *Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** La aparición de úlceras orales es un motivo de consulta muy frecuente en Pediatría. En la mayoría de las ocasiones aparecen de forma aguda y suelen relacionarse con infecciones, aunque también pueden presentarse de forma recurrente, obligando en función de su periodicidad y manifestaciones clínicas asociadas a descartar aftosis oral recurrente, enfermedades digestivas, defectos nutricionales, alteraciones hematológicas e inmunológicas, patología reumática, etc. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las principales características de los pacientes pediátricos con úlceras orales recurrentes derivados a una consulta especializada, con el fin de conocer cuáles fueron las principales patologías diagnosticadas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes  $\leq 14$  años derivados desde Atención Primaria por úlceras orales recurrentes a nuestro hospital entre enero 2015-enero 2017. Se analizaron características clínico-epidemiológicas, diagnósticos y tratamientos.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 34 pacientes con úlceras orales recurrentes derivados para estudio. Un 65% (22) fueron mujeres, con mediana de edad de 10 años (rango 2-14). En un 47% (16) se encontraron antecedentes familiares de úlceras orales y en un 18% (6) antecedentes familiares de patología reumática o autoinmune. Un 12% (4) presentó  $>5$  episodios/mes, un 65% (22) entre 1-5 episodios/mes y un 23% (8)  $<1$  episodio/mes. Un 47% (16) asoció otras manifestaciones clínicas. Los diagnósticos definitivos tras estudios complementarios fueron: aftosis oral recurrente 53% (18), síndrome PFAPA 20% (7), enfermedad de Behçet 6% (2) y neutropenia inmune 3% (1). En un 12% (4) no se encontró ninguna patología y un 6% (2) continua en estudio y seguimiento por sospecha de patología sistémica aún no diagnosticada en la actualidad. Un 56% (19) respondió a terapia con cicatrizantes tópicos, un 29% (10) precisó tratamiento sistémico con corticoides o inmunosupresores y un 15% (5) fue tratado exclusivamente con medidas higiénico-dietéticas, sin precisar otras terapias.

**Conclusiones.** Como se comprueba en nuestra serie, la principal causa de úlceras orales recurrentes en Pediatría es la aftosis oral recurrente, aunque también pueden asociarse a otras patologías (destacando sobre todo las relacionadas con enfermedades autoinflamatorias). La mayoría de los pacientes en los que las úlceras orales fueron secundarias a patologías sistémicas no respondieron a tratamiento tópico, requiriendo terapias más agresivas.

**CO-20. VÁLVULAS DE URETRA POSTERIOR. REVISIÓN DE CASOS SEGUIDOS EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE SALAMANCA.** López Torija I<sup>(1)</sup>, Lázaro Ramos J<sup>(2)</sup>, Criado Muriel C<sup>(1)</sup>, Aparicio Ríos P<sup>(1)</sup>, Parra Rodríguez A<sup>(1)</sup>, Sánchez Moreno S<sup>(1)</sup>, García Iglesias D<sup>(1)</sup>, Gutierrez Marqués S<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>(2)</sup>Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Introducción.** Las válvulas de uretra posterior (VUP) son la uropatía obstructiva de mayor severidad en la infancia. Aparece únicamente en varones, y son causa de enfermedad renal crónica (ERC) y terminal.

Nuestro objetivo es describir las características clínicas, analíticas y radiológicas que presentan los niños con VUP seguidos en la Unidad de Nefrología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal sobre la cohorte de pacientes seguidos por VUP en nuestro hospital. Se revisaron las histo-

rias clínicas de los pacientes recogiéndose datos de filiación, edad y clínica al diagnóstico, parámetros analíticos, malformaciones asociadas, estudios radiológicos, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se registran 5 pacientes. En un 40% de ellos había sospecha prenatal de VUP. En el resto se diagnosticó antes del primer mes de vida, por insuficiencia renal aguda con HTA y dilatación del sistema excretor. En 4 de los pacientes se realizó resección de las membranas por cistoscopia, el quinto está pendiente de intervención. Un paciente precisó nefrectomía izquierda por hipofunción y reflujo vesicoureteral de alto grado. Actualmente tres niños tienen ERC estadio II y uno estadio IIIa. El último paciente diagnosticado mantiene un filtrado normal.

**Conclusión.** El diagnóstico temprano de esta patología y un tratamiento precoz contribuye a mejorar el pronóstico de los pacientes. Los obstetras y pediatras deben tener un alto índice de sospecha que contribuya a un diagnóstico rápido en recién nacidos y lactantes.

**CO-21. ¿QUIÉN LIMPIA EN CASA? PRIMERA PARTE.** Mateos Diego MA<sup>(1)</sup>, Gallego L<sup>(2)</sup>, Bote J<sup>(3)</sup>, Alonso J<sup>(4)</sup>, García JE<sup>(5)</sup>, Manzano A<sup>(6)</sup>, Rivas S<sup>(7)</sup>, García S<sup>(8)</sup>. <sup>(1)</sup>Centro de Salud Garrido Sur. <sup>(2)</sup>Santa Marta. <sup>(3)</sup>Villares de la Reina. <sup>(4)</sup>Garrido Norte. <sup>(5)</sup>Centro de Salud Capuchinos. <sup>(6)</sup>Fuentes De Oñoro. <sup>(7)</sup>Ledesma. <sup>(8)</sup>Alamedilla. Salamanca.

La incorporación de la mujer al mundo laboral ha supuesto diferencias en la organización del familia y el papel que desarrolla dentro del hogar cada progenitor.

**Objetivo.** Conocer quién realiza las tareas de limpieza dentro del hogar de los niños que acuden a nuestra consulta y si esto se relaciona con trabajar o no fuera de casa.

**Material y métodos.** 247 familias de niños de 12 meses, 3 años, 6 años y 12 años que acudieron a revisión en consultas de Pediatría de Atención Primaria de distintos Centros de Salud de la provincia de Salamanca.

**Resultados.** El 91,5% de los padres y el 71,3% de las madres de nuestra muestra trabajaban fuera de casa, sin encontrar diferencias significativas en cada grupo de edad (p 0,431 y p 0,157). En el 51,4% de los casos la madre era la única encargada de la limpieza, y en el 38,9% padre y madre compartían las tareas. Ningún padre se encargaba de la limpieza de manera exclusiva.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p 0,029) según aumentaba la edad de los niños (a los 12 meses el 37,7% limpian solo las madres y 56,5% ambos, frente a los 12 años 63,3% de las madres y 23,3% ambos).

**Conclusiones.** Las tareas domésticas siguen siendo actividades que realiza principalmente la madre.

En cambio, las parejas que tienen hijos pequeños comparten más las tareas del hogar que las parejas con hijos adolescentes pese a que el nivel de empleo de los progenitores se mantiene estable en todos los grupos de edad.

**CO-22. ¿QUIÉN LIMPIA EN CASA? FACTORES EPIDEMIO-LÓGICOS. SEGUNDA PARTE.** Mateos Diego MA<sup>(1)</sup>, Pellegrini J<sup>(2)</sup>, Sanchez MC<sup>(2)</sup>, Clavero MJ<sup>(2)</sup>, Plaza MD<sup>(3)</sup>, Pimenta MJ<sup>(4)</sup>, Miguel G<sup>(5)</sup>, García MD<sup>(6)</sup>. <sup>(1)</sup>Centro de Salud Garrido Sur. <sup>(2)</sup>Pizarrales. <sup>(3)</sup>Garrido Norte. <sup>(4)</sup>Centro de Salud San Juan. <sup>(5)</sup>Garrido Sur. <sup>(6)</sup>Peñaranda. Salamanca.

**Objetivo.** Conocer los factores epidemiológicos asociados a las familias en función de quién o quiénes sean los miembros encargados de la limpieza dentro del hogar.

**Material y métodos.** 247 familias de niños de 12 meses, 3, 6, y 12 años que acudieron a revisión en consultas de Pediatría de Atención Primaria de distintos Centros de Salud de la provincia de Salamanca.

**Resultados.** Encontramos diferencias en función de quién trabaje fuera de casa (p 0,000). Si trabajan los dos, la madre se encarga en exclusiva de la limpieza en el 40,7% de los casos, si trabaja solo el padre en el 79,7% y si trabaja solo la madre en el 40% limpia además solo ella. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación a quién limpie si los niños acudían a guardería en su primer año (p 0,007), si el padre fuma (p 0,04), el nivel de estudios del padre (p 0,000) y madre (p 0,002); de manera que si presentan estudios superiores cualquiera de los dos, el padre colabora más. Si trabaja o no la madre (p 0,000) y el tipo de trabajo de padre (p 0,000) y madre (p 0,000), si el trabajo de cualquiera de los dos es cualificado, el padre también colabora más.

**Conclusiones.** Las tareas domésticas siguen siendo actividades que realiza principalmente la madre incluso aunque solo trabaje ella. A pesar de ello, en familias con nivel socioeconómico más alto (mayor nivel de estudios/trabajo de padre o madre) los padres colaboran mucho más en dichas tareas, sin responsabilizarse por completo de las mismas en ningún caso.

**CO-23. MANEJO HOSPITALARIO DE BRONQUIOLITIS: ¿NOS AJUSTAMOS A LAS GUÍAS?** Nonide L, Segura D, Megido A, Oreña V, Martín S, Navarro S, Alonso MA. Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción y objetivos.** Revisar el manejo de los pacientes con bronquiolitis en un hospital de 3<sup>er</sup> nivel.

**Métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de bronquiolitis en el periodo septiembre 2016-febrero 2017. Fuente: sistema informático propio. Variables a estudio: edad, sexo, asistencia guardería, ambiente epidémico familiar, microbiología, score clínico, tratamiento, oxigenoterapia e indicación de ingreso.

**Resultados.** Se incluyeron 259 pacientes (60% varones) de los cuales ingresaron el 50%. De ellos, el 22% ingresó en UCIP y un 5% en Neonatología. La estancia media fue de  $4,2 \pm 3,8$  días. La mediana de edad fue de 5 meses. El 18% acudía a guardería, el 67,6% asociaba ambiente epidémico familiar. No se registró score clínico en 42% de casos. Se solicitó exudado faríngeo en el 72% (VRS + en 45%). En 18% de casos se había iniciado tratamiento broncodilatador ambulatoriamente (inhalaado u oral). A nivel hospitalario, se empleó tratamiento no farmacológico exclusivamente en el 50% y broncodilatadores (salbutamol y adrenalina) en un 40%. En torno al 25% precisaron oxigenoterapia.

**Conclusiones.** En nuestra serie, más del 50% de lactantes que sufren bronquiolitis parecen contagiarse en el entorno familiar, siendo el VRS el virus más prevalente. Aproximadamente la mitad ingresan. En cuanto al manejo, en un porcentaje elevado de casos no se registra un score de valoración de gravedad, persiste el uso de broncodilatadores pese a las indicaciones de las guías y existe diversidad en las pautas.

**CO-24. REVISIÓN DEL SÍNDROME DE DUMPING.** Gutiérrez S, Martín Alonso MM, Expósito De Mena H, Torres Peral R, Sánchez Moreno S, Aparicio Ríos P, Cebrián Muñón C, Liras Muñoz J. *Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** El síndrome de Dumping (SD) se produce como consecuencia de cambios en la anatomía y fisiología del estómago tras la cirugía gástrica. En niños, la principal causa es la cirugía antirreflujo. El SD temprano se debe a la hiperglucemia postprandial tras el vaciado rápido gástrico del quimo hiperosmolar en el intestino, produciéndose paso de líquido del espacio intravascular a la luz intestinal causando los síntomas gastrointestinales (náuseas, dolor abdominal y diarrea), e hipotensión relativa responsable de síntomas vasomotores (debilidad, palidez, palpitaciones, sudoración, astenia) a los 10-30 minutos de la ingesta. El SD tardío aparece entre 1 y 4 horas después de las comidas, se debe al retardo relativo de la respuesta insulínica causando

hipoglucemia reactiva tardía, síntomas adrenérgicos y neuroglucopénicos (taquicardia, síncope, diaforesis).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados en nuestro Servicio de SD.

**Resultados.** Registramos 5 pacientes (4 niñas). La mediana de edad al diagnóstico fue 1,45 años (0,80-5,90 años). Se realizó funduplicatura de Nissen (5/5) y gastrostomía (4/5). El tiempo desde la cirugía hasta el diagnóstico fue de 28 días (15 días-12 meses). En el momento del diagnóstico la clínica que presentaron fue astenia, sudoración, palidez, y náuseas postprandiales. Se constataron hipoglucemias en el domicilio, en un paciente durante su ingreso en UCIP, y en otro caso fue un hallazgo casual en una analítica. Se solicitaron vaciamiento gástrico (VG) mediante Gammagrafía DTPA-99mTc (5/5) y sobrecarga oral de glucosa (SOG) (3/5). En el VG se observó vaciado gástrico rápido (4/5). En la SOG se detectó hiperglucemia postprandial sin hipoglucemia tardía. Respecto al tratamiento un paciente recibió tratamiento dietético exclusivamente y cuatro pacientes asociado a acarbosa (dosis inicial entre 2 y 4,4 mg/kg) por persistencia de síntomas de hipoglucemia. La mediana de tiempo de seguimiento es 10 meses (3-21 meses). En 2 pacientes se retiró la acarbosa a los 8 meses.

**Conclusiones.** El SD aparece de manera precoz tras la cirugía gástrica, generalmente con recuperación espontánea. El VG y la SOG pueden ser de utilidad en el diagnóstico. El tratamiento dietético mejora la sintomatología, pero en ocasiones es preciso añadir acarbosa como coadyuvante.

**CO-25. INFECCIÓN DE ORINA EN LACTANTES AFEBRILES. ¿PODEMOS PREDECIRLA?** Palacio L, Torres Aguilar L, Velasco Zúñiga R, Domínguez-Gil M. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Introducción y objetivo.** Pese a que el síntoma más frecuente de infección del tracto urinario (ITU) en los lactantes es la fiebre, en numerosas ocasiones debemos sospecharlo por la presencia de otros síntomas, como vómitos o irritabilidad, entre otros, aunque el valor predictivo de los mismos se encuentra en entredicho.

El objetivo de este trabajo es analizar el valor predictivo de urocultivo positivo ante diversos síntomas en pacientes afebriles.

**Metodología.** Estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes menores de 1 año a los que se les realizó una analítica de orina, mediante sondaje uretral o bolsa autoadhesiva en Urgencias Pediátricas entre el

1/10/2012 y el 30/6/2016. Se excluyeron aquellos con  $T^a > 38$  °C. Se realizó análisis descriptivo y mediante regresión logística se calcularon las OR de cada síntoma para predecir la presencia de un urocultivo positivo.

Se consideró como ITU el crecimiento de  $> 10.000$  ufc/ml de un germen patógeno en el cultivo en un paciente con la tira de orina alterada.

**Resultados.** Se incluyeron 475 pacientes, 220 (46,3%) varones. La mediana de edad fue de 58 días de vida ( $P_{25}$ - $P_{75}$ : 28-108). El urocultivo resultó positivo en 41 (8,6%) lactantes de la muestra. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de urocultivo positivo entre los lactantes menores de 90 días de vida y los mayores (7,8% vs 10,5%). Se realizó analítica por bolsa a 390 (82,1%) pacientes, de los cuales 71 (18,2%) tuvieron alteraciones en el test de leucoesterasa o nitritos. En 63 (88,7%) se confirmó el resultado por sondaje, y en 19 (30,2%) de ellos el urocultivo fue positivo. Además, en 85 pacientes se recogió orina directamente por sondaje, siendo la analítica patológica en 22 (25,9%), y el urocultivo positivo en 20 (23,5%).

La prevalencia de ITU en nuestra muestra fue del 5,3%.

Se realizó hemocultivo a 27 (5,7%) pacientes, siendo positivo en 1.

En el análisis multivariante ninguno de los síntomas mostró asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico de ITU. Tan solo haber tenido una ITU previa demostró ser un factor de riesgo independiente (OR 4,62; IC95%: 1,22-17,5).

Entre las limitaciones del estudio deben destacarse el ser unicéntrico, con un limitado tamaño muestral y la recogida de datos de manera retrospectiva.

**Conclusión.** La prevalencia de ITU en los lactantes afebriles menores de un año es alta. Sin embargo, los síntomas clásicos muestran un escaso valor diagnóstico.

**CO-26. ¿QUÉ OPINAN LOS ADOLESCENTES SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR?** Garmendia Amunarriz M, Leonardo Cabello M, Suarez Alonso J, Llorente Pelayo S, Cuesta González R, Ruiz Gomez Y, Pulido Pérez P, Guerra Díez JL. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Las maniobras de resucitación durante los primeros minutos de una parada cardiorrespiratoria (PCR) son cruciales. Es por ello que el conocimiento de reanimación cardio pulmonar (RCP) básica debería ser universal.

**Objetivos.** Conocer la opinión de un grupo de adolescentes sobre un taller de RCP básica en el que participaron así como de la importancia y utilidad de la RCP.

**Material y métodos.** Se impartió un taller de RCP básica a adolescentes entre 12 y 17 años. Posteriormente se realizó una encuesta anónima.

**Resultados.** La muestra estaba compuesta por 88 adolescentes (participación del 100%). La mediana de edad fue de 14 años con un rango intercuartílico (RIC) 13-15. El 81,8% nunca habían realizado antes talleres de RCP. El 100% lo considera útil y hasta el 96,6% opinan que la enseñanza de RCP básica debería ser obligatoria en los colegios.

El 94,3% se consideraba capaz tras haber realizado el taller de atender a una persona inconsciente e iniciar maniobras de RCP básica, puntuando el taller con una mediana de nota de 9/10 (RIC 8-10). Hasta un 54,5% añadió algún comentario/sugerencia de los cuales la mayoría apoyan la necesidad de más cursos como este.

**Conclusión.** Los adolescentes consideran útil conocer las maniobras de RCP y además opinan que su enseñanza debería ser obligatoria.

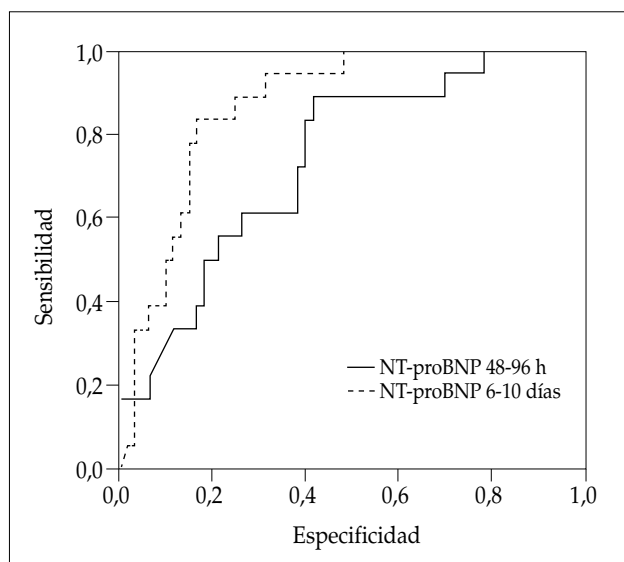
Tras realizar un taller práctico de RCP la mayoría de los participantes se ven capacitados para manejar una situación con una persona inconsciente o que sufre una PCR.

**CO-28. NT-PROBNP COMO BIOMARCADOR PRECOZ DEL RIESGO DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS: ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL.** Terroba Seara S, Rodríguez Blanco S, Oulego Erroz I, Alonso Quintela P, Jiménez González A, Rosón Varas M, Castañón López L, Palau Benavides M. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Objetivo.** Evaluar si la determinación de NT-proBNP durante los primeros 10 días de vida puede predecir de forma independiente el desarrollo de displasia broncopulmonar (DBP).

**Métodos.** Estudio prospectivo observacional de 2013-2016. Se incluyeron los recién nacidos prematuros  $\leq 32$  semanas. Se determinó NT-proBNP a las 48-96 horas y a los 5-10 días de vida (mediana 7 días). En todos los pacientes se realizó un cribado y tratamiento sistematizados del ductus hemodinámicamente significativo (DAP-Hs). Se evaluó la capacidad predictiva del NT-proBNP mediante curva ROC y modelos de regresión multivariante.

**Resultados.** Se incluyeron 110 pacientes. 28 desarrollaron DBP (n=15) y/o muerte (n=13). Los pacientes con DBP y/o muerte tuvieron valores de NT-proBNP más elevados a las 48-96 horas [26.848 ng/L (7.818-60.684) vs 3.008 ng/L (1.425-9.876),  $p < 0,001$ ] y entre los 5-10 días [8.849 ng/L (3.796-19.526) vs 1.427 ng/L (907-2.889),  $p < 0,001$ ]. El NT-proBNP



**Figura 1.** Curva ROC para los valores NT-proBNP a las 48-96 horas [AUC=0,737 (IC 95%: 0,613-0,861),  $p=0,002$ ] y a los 5-10 días [AUC 0,869 (IC 95%: 0,788-0,950)  $p<0,001$ ] para predecir DBP y/o muerte (CO-28).

a los 5-10 días, no así entre las 48-96 h, se asoció de forma independiente con el desarrollo de DBP y/o muerte tras ajuste por edad gestacional, existencia de DAP-Hs, duración de la ventilación mecánica y otras variables de confusión [OR 3,3 (IC 95%: 1,4-10,9),  $p=0,036$ ]. Para la predicción de dicho resultado, punto de corte de 3.348 ng/L tuvo sensibilidad del 82% y especificidad del 83% (Fig. 1).

**Conclusiones.** El NT-proBNP puede ser un biomarcador precoz del desarrollo de DBP con capacidad predictiva independiente de la edad gestacional, el DAP-Hs o duración de la ventilación mecánica. Su uso podría ser útil para individualizar la prevención y el tratamiento de DBP.

**CO-29. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS EN NUESTRO MEDIO.** Sánchez Moreno S, Aparicio Ríos P, García Iglesias D, Sánchez-Villares Lorenzo C, Rodilla Rojo EN, Parra Rodríguez A, Prieto Matos P, Martín Alonso M. *Complejo Asistencial Universitario Salamanca.*

**Objetivos.** El hipotiroidismo congénito (HC) primario es la causa más frecuente de alteraciones endocrinológicas del recién nacido. Nos planteamos estudiar la etiología y características del hipotiroidismo congénito en una población con dicho diagnóstico.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con HC seguidos en consulta de

endocrinología infantil durante el periodo 2001-2016. Se recogen edad gestacional, características antropométricas al nacimiento, antecedentes maternos y familiares de enfermedades tiroideas y autoinmunes, edad al diagnóstico, índice de Letarte y diagnóstico etiológico. Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 22 Statistics.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 28 pacientes de los cuales el 39,3% eran varones. Con una prevalencia de 1/1500. El peso de recién nacido fue de  $-0,31\pm 0,97$ DS, la longitud de  $-0,17\pm 1,04$ DS y el perímetro cefálico de  $-0,18\pm 0,79$ DS. La edad gestacional media fue de  $38,83\pm 2,5$  semanas, con un total de 3 recién nacidos pretérmino cuya edad gestacional más baja fue de 31 semanas. En cuanto a los antecedentes familiares y maternos, el 17,9% presentó hipotiroidismo gestacional, el 46,4% tenía algún familiar con hipotiroidismo, el 57,1% tenía antecedentes familiares de patología tiroidea y el 25% tenía antecedentes de autoinmunidad familiar, siendo el 100% de los casos de enfermedad celíaca. La edad media al diagnóstico en primer screening fue de  $9,7\pm 1,6$  días. En la exploración al diagnóstico se objetivó un Índice de Letarte medio de  $0,54\pm 0,74$ . El diagnóstico etiológico fue en un 16% de agenesia, en un 24% de ectópico, en un 44% dishormonogénesis y en un 16% transitorio. En todos los pacientes el desarrollo neurológico fue normal.

**Conclusiones.** En nuestro estudio destaca como primera causa de hipotiroidismo congénito la dishormonogénesis seguida del tiroides ectópico. La edad media al diagnóstico en nuestro caso se ve influida por la demora en la segunda prueba del talón en pretérminos y TSH en el límite. El diagnóstico temprano mediante programas de detección precoz es esencial para lograr un desarrollo y maduración cerebral del RN normales.

**CO-30. REVISIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE DIABETES MELLITUS 1 (DM1) EN NUESTRA COMUNIDAD EN EL PERIODO 2012-2016.** Pérez Gordón J<sup>(1)</sup>, Naranjo González C<sup>(1)</sup>, Bertholt Zúber L<sup>(1)</sup>, Garmendia Amunarriz M<sup>(1)</sup>, Suárez Alonso J<sup>(1)</sup>, López Wilches MY<sup>(2)</sup>, Pozas Mariscal S<sup>(1)</sup>, Freijo Martín MC<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>(2)</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Material y métodos.** Recogida de datos de historias clínicas de pacientes con DM1 al debut en nuestra comunidad autónoma. Análisis estadístico SPSSv22.

**Resultados.** Debut de 62 pacientes, 53,2% mujeres. Edad media de presentación 8,75 años. Grupos etarios: 0-4 años 21% (13), 5-9 años 32,3% (20) y 10-15 años 46,8% (29).

La mayoría, 96,8%, presentaron síntomas cardinales, siendo 51,6% remitidos de primaria y hasta 15,6% asociados a infección.

A su ingreso presentaron glucemia  $506 \pm 164$  mg/dl y cetonemia de  $3,95 \pm 2,45$  mmol/L, con pH  $7,32 \pm 0,09$  y  $\text{HCO}_3^-$   $18,06 \pm 5,34$  mEq/L. Detectada HbA1c  $<10\%$  en 17,7% (11), 10-14% en 51,6% (32) y  $>14\%$  en 30,6% (16). Ingresados durante una mediana de 8 días.

Cetoacidosis (CA) en 37,1% (23): leve 56,5% (13), moderada 34,8% (8) y grave 8,7% (2). Grupo etario (CA): 0-4 años 38,5%, 5-9 años 45%, y 10-15 años 31%. HbA1c (CA): 27,3% (3) de  $<10\%$ , 37,5% de 10-14% y 42,1% de  $>14\%$ . Ingresados UCIP 4,8% (3).

Tratamiento inicial con insulino terapia endovenosa en 93,5% (58).

Anticuerpos positivos en 77% (43): anti-GAD 27,7% (13), anti-IA2 14,9% (7) y anti-GAD+anti-IA2 57,4% (27).

HLA de riesgo (DQ2/DQ8) en 91,4% (53): DQ2-DQX 25,9% (15), DQ8-DQX 15,5% (9), DQ2-DQ8 32,8% (19), DQ2-homocigoto 8,6% (5), DQ8-homocigoto 8,6% (5). No DQ2/DQ8 8,6% (5).

Presencia de celiaquía 4,8% (3) y tiroiditis 8,1% (5). Diabetes gestacional 6,5% (4).

Antecedentes familiares de DM1 16,1% (10), DM2 38,7% (24) y Autoinmunidad 35,5% (22).

**Conclusiones.** No se observaron diferencias entre sexos. La edad de presentación fue de 8 años, con un 37% de cetoacidosis (predominio 5-9 años).

Los haplotipos de riesgo están íntimamente relacionados con el desarrollo de DM1 y los anticuerpos al debut se encontraron en menor porcentaje que durante la evolución de la enfermedad.

Existe mayor relación de enfermedades autoinmunes con respecto a las descritas en la población general.

**CO-31. HEMOFILIA SEVERA.** Sánchez Moreno S, García Iglesias D, Mendoza Sánchez MDC, Gonzalez Porras JR, Benito Bernal AI, Bastida Bermejo JM. *Complejo Asistencial Universitario Salamanca.*

**Introducción.** La hemofilia es una enfermedad genética ligada al cromosoma X caracterizada por una disminución de Factor de coagulación VIII o IX, según corresponda a hemofilia A o B, respectivamente. En la hemofilia severa existen hemorragias espontáneas en articulaciones, músculos, tejidos blandos o cavidades naturales. Las hemartrosis determinan el deterioro de la calidad de vida, ya que la evolución natural es hacia la "Artropatía hemofílica".

**Caso 1.** Varón de 10 meses derivado por grandes hematomas ante mínimos traumatismos. A la exploración: hematomas en tórax, nalgas y cara anterior de ambas piernas. En la analítica: anemia ferropénica, TTPA alargado y factor VIII  $<1\%$ . Se diagnosticó de Hemofilia A grave e inició profilaxis con hierro y Factor VIII. Posteriormente, ingresó por hematoma intramuscular profundo en muslo derecho. Se trató con factor deficitario hasta la resolución. Actualmente buena evolución y control.

**Caso 2.** Varón de 3 años derivado por hematomas ante mínimos traumatismos. A la exploración: hematoma de 3x2 cm en cara posterior de codo derecho, hematoma de 2x2 cm en hueso poplíteo izquierdo y múltiples hematomas en resolución en piernas y pie izquierdo. En la analítica: TTPA de 111,5 seg y factor VIII de 0,21%. Se diagnosticó de hemofilia A grave e inició profilaxis con factor VIII. Posteriormente, ingresó por hematoma intramuscular en biceps derecho. Se trató con factor deficitario hasta la resolución. Actualmente buena evolución y control.

**Caso 3.** Varón de 15 meses derivado por TTPA alargado y hematomas frecuentes. A la exploración: hematomas en distintos estados de evolución en antebrazos y piernas. Hematoma frontal derecho evolucionado. En la analítica: TTPA de 68,5 seg con factor VIII del 0%. Se diagnosticó de Hemofilia A grave e inició profilaxis con factor VIII, ajustándose tratamiento progresivamente con adecuada evolución.

**Caso 4.** Varón de 9 años derivado desde otro Hospital con diagnóstico de hemofilia A grave, en tratamiento profiláctico con Factor VIII. En su primera consulta en nuestro servicio está asintomático. A los 10 años ingresó por hemartrosis en tobillo derecho y a los 12 años por hemartrosis de cadera derecha. Ambas se resuelven con tratamiento con factor deficitario. Posteriormente no presenta datos de artropatía. Adecuado control.

**Conclusión.** El tratamiento profiláctico de la hemofilia con el factor deficitario ha logrado mejorar el estado articular y la invalidez secundaria, traduciéndose en una mejoría de la calidad de vida.

En nuestros casos, encontrar la dosis y frecuencia adecuada para cada paciente consigue que todos mantengan una evolución favorable.

**CO-32. VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA EN PEDIATRÍA. NUESTRA EXPERIENCIA.** Fernández Provencio V, Bermúdez Hormigo I, Marcos Temprano M, Villa Francisco C, Pino Vázquez A, Vázquez Martín S, Juarros Martínez S, García Olivares V. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La ventilación no invasiva domiciliaria (VNID) ha permitido el tratamiento exitoso de niños con insuficiencia respiratoria crónica primaria o secundaria, obstrucción de la vía aérea superior, e hipoventilación nocturna, como elemento destinado a favorecer la calidad de vida y evitar hospitalizaciones.

**Métodos.** Estudio descriptivo observacional transversal de los pacientes pediátricos en los que se instauró VNID en la Unidad de ventilación domiciliaria pediátrica en HCUV entre 2014-2017.

**Resultados.** Registramos 20 pacientes (60% varones) con una mediana de edad de 8 años (2-13 años) al inicio de VNID. Un 25% (5) tenían parálisis cerebral infantil, 20% (4) síndrome de apnea hipopnea del sueño [75% (3) de ellos con patología neurológica de base], 15% (3) síndrome de Prader Willi, 10% (2) atrofia muscular espinal, 5% (1) síndrome de Pierre Robin, 5% (1) síndrome de Lejeune, 5% (1) síndrome CCDFN, 5% (1) encefalopatía secundaria a síndrome de West, 5% (1) hipoventilación alveolar central y 5% (1) síndrome de Poland. El 60% (12) asociaba cifoescoliosis moderada o severa al inicio del tratamiento. El 40% había precisado ingreso hospitalario por exacerbaciones respiratorias en 3 o más ocasiones y el 35% había precisado, por este mismo motivo, cuidados intensivos pediátricos. Un 20% (4) recibía oxigenoterapia nocturna previa, disminuyendo al 10% (2) después de un mes de VNID. En el 25% (5) se instauró durante un ingreso hospitalario por exacerbación respiratoria, mientras que en el 75% (15) restante, se llevó a cabo desde la consulta multidisciplinar previa polisomnografía, encontrándose un 53% (8) de patrones obstructivos, 40% (6) mixtos y 7% (1) centrales, con un ITR medio de 21 (6,9 a 71,3) y ODI medio de 18,7 (1,4 a 66,4). El 70% (14) recibieron soporte con dos niveles de presión y el 30% (6) restante con un nivel de presión. Se asoció fisioterapia respiratoria en todos ellos, proporcionándose, adicionalmente un asistente de la tos y aspirador de secreciones en el 30% (7). El 95% usaron la VNID regularmente durante una media de 10,3 horas diarias (8 a 18 horas). El 40% (8) presentaron problemas de adaptación, resolviéndose el 87,5% (7) con cambios de interfase. Del 40% (8) con antecedentes de hospitalizaciones frecuentes, el 75% (6) no precisó hospitalización en los 12 meses siguientes, disminuyendo, asimismo, la tasa de ingresos en UCIP del 20% al 10%.

**Conclusiones.** Aunque el número de casos del estudio es reducido, en ellos, la VNID minimizó la tasa de hospitalización por descompensación respiratoria, repercutiendo en una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

**CO-33. SERIE DE CASOS DE PACIENTES INTERVENIDOS DE ATRESIA DE ESÓFAGO.** González-Lamuño Sanchís C, Palomares Cardador M, Sánchez Abuín A, Aguilar Cuesta R, Molina Vázquez ME, Alonso Vicente C, Marugán De Miguelsanz JM, Pino Vázquez A. *Hospital Clínico de Valladolid*.

**Introducción.** La atresia de esófago (AE) es la malformación congénita más frecuente del tracto digestivo superior. Existen 5 tipos según su morfología: I aislada, II con fístula traqueo-esofágica (TE) proximal, III con fístula TE distal, IV con fístula TE proximal y distal y V fístula TE sin atresia. La más prevalente es la tipo III (86%). Son frecuentes las asociaciones a otras malformaciones congénitas, predominando las cardiopatías congénitas. Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes son la estenosis esofágica, reflujo gastroesofágico (RGE), disfagia, impactación alimentaria o problemas respiratorios.

**Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de las historias clínicas de pacientes intervenidos de AE (n=12) por el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Clínico de Valladolid durante un periodo de 9 años. Se incluyen las variables; sexo, edad gestacional, edad en el momento de la cirugía, asociación a malformaciones congénitas, tipo de atresia, mortalidad perioperatoria y complicaciones asociadas.

**Resultados.** Se observa una incidencia de 1,3 casos por año. Distribución por sexo: 8 varones (66,67%) y 4 mujeres (33,33%). La edad gestacional media fue 37+4 semanas. En 9 pacientes se encontró cardiopatía congénita (75%). En 5 de los casos se hallaron otras malformaciones como Síndrome de Charge, asociación VACTERL y malformaciones de la vía aérea superior. Siguiendo la clasificación de Gross, se han encontrado, AE tipo III en 11 pacientes (91,67%) y AE tipo IV en 1 paciente (8,33%). Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica e incapacidad de progresión de la sonda gastroesofágica comprobándose mediante prueba de imagen. La complicación postquirúrgica precoz, dentro de los primeros 2 años de vida, es, por excelencia, la estenosis esofágica (33,33%) que precisa dilatación neumática. Complicaciones tardías que se han objetivado son RGE (50%), impactación esofágica (25%), atragantamiento o disfagia (16,67%) y broncoespasmos de repetición (25%). Tras la cirugía se observa en nuestro estudio una supervivencia del 83,33%. Dos pacientes fallecieron por causas de comorbilidad asociada.

**Conclusiones.** Esta serie de casos muestra las mismas características que se describen en la literatura sobre AE. La cirugía tiene una tasa de éxito relevante, y la mortalidad en nuestra serie se asoció a distintas comorbilidades.

**CO-34. ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA.** De Ponga López P, Palacio Tomás L, Díez Monge N, Sánchez Garrido M, Puente Montes S, Salamanca Zarzuela B, Velasco Zuñiga R. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Introducción.** Los indicadores de calidad son una herramienta fundamental en el proceso de mejora de los Servicios de Urgencias de Pediatría (SUP). La Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) publicó un listado de 89 IC que valoran distintos aspectos de la atención urgente.

**Objetivo.** Analizar el cumplimiento en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas de algunos de los indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas durante los últimos cuatro años.

**Método.** Se trata de un estudio transversal unicéntrico sobre datos de codificación recogidos de manera prospectiva entre el 1/1/2013 y el 31/12/2016. Los datos se recogieron

en un formulario estándar. Se evaluó el cumplimiento de los indicadores de calidad que pudieron ser valorados según nuestro sistema de codificación.

**Resultado.** De los 89 indicadores de calidad que propone la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, pudieron evaluarse 21 (23,6%), 7 referidos patologías, 11 relacionados con actividades y 3 sobre áreas de trabajo. Los resultados por año se muestran en la tabla adjunta.

En 2016 se consiguió un adecuado cumplimiento de 10 indicadores de calidad (47,6%), 7 (63,6%) de actividades, 3 (100%) de áreas de trabajo y ninguno de patologías. De aquellos en los que no se alcanzó el estándar, 2 (20%) mejoraron los datos respecto a años previos (ambos de actividades), otros 2 empeoraron (los dos de patologías), y el resto se mantuvieron en valores similares.

**Conclusión.** El cumplimiento de los estándares de calidad en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas es bueno en cuanto a actividades y áreas de trabajo, pero a la vista

TABLA I. (CO-34).

Número	Indicador	Estándar	2013	2014	2015	2016
1	Coagulación en dolor abdominal	5%	8,59	10,43	10,39	8,01
3	rehidratación endovenosa en GEA	<5%	4,46	3,78	4,6	5,6
11	Urocultivo en ITU	0%	21,5	23,9	25,2	19,2
12	Manejo ambulatorio de sospecha meningitis vírica	10%	60	33,3	40	50
20	Tiempo de demora atender asma grave	100%	73,7	58,3	72	68,2
29	Rx cráneo en pacientes pediátricos	0%	12,9	2,96	3,26	3,67
32	Demora traslado de hematoma epidural/subdural a centro de referencia neuroquirúrgico	±100%	(no hubo)	0	0	(no hubo)
39	Existencia sistema triaje	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
41	Peticiones de radiología	30%	5,34	5	3,88	3,97
45	Readmisiones en <72 h	<7%	9,45	9,16	9,47	9,11
46	Readmisiones con ingreso	15%	5,7	6,23	8,1	6,86
47	Tiempo de demora 1ª asistencia facultativa	80%	58,9	66,4	51,9	51,7
48	Tasa hospitalización global	<5%	2,5	2,5	2,87	2,4
54	Hospitalización en laringitis	<1%	0,65	0,93	0,77	0,16
71	Codificación del diagnóstico	100%	96,7	97,1	96,8	98,6
72	Codificación del motivo de consulta	100%	97,6	98,2	98,1	98,6
75	Publicaciones científicas	2 nac o 1 ext	1/0	0/3	4/3	1/4
76	Actividades de investigación	1/año	3	3	3	3
77	Enfermos no visitados	2%	0,19	0,11	0,22	0,28
80	Estancias >24 h en SUP	1%	0,07	0,05	0,04	0,07
84	Adecuación de salas Radiología Urgencias	Mínimo 1	1	1	1	1

GEA: gastroenteritis aguda; ITU: infección del tracto urinario; Rx: radiografía; SUP: Servicio de Urgencias en Pediatría.



de los resultados de este estudio nos planteamos planes de mejora en cuanto a las patologías. Es necesario, así mismo, evaluar el grado de cumplimiento del resto de indicadores de calidad.

**CO-35. ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE INGRESOS POR SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN RECIÉN NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS 24 AÑOS.** Corral Hospital S, Serena Gómez G, Javaloyes Soler G, Del Olmo Fernández M, Ureña Leal C, Cabanillas Boto M, Peña Valenceja A, Andrés De Llano JM. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia*.

**Introducción.** El síndrome de abstinencia en el recién nacido (SAN) es un grupo de problemas que ocurren en el recién nacido que estuvo expuesto a drogas adictivas durante la gestación.

**Objetivo.** Evaluar la tendencia de los ingresos hospitalarios en los últimos 24 años en un hospital general por SAN.

**Población y métodos.** Registros de los ingresos hospitalarios de los neonatos ingresados con SAN entre enero de 1993 y diciembre de 2016. Se realizó un análisis de Joinpoint para el estudio de tendencias.

**Resultados.** Durante este periodo han ingresado 35 recién nacidos con SAN. No se han encontrado diferencias entre sexos, ámbito de residencia, tipo de ingreso y alta respecto al resto de neonatos ingresados en el Centro. Si se encontró diferencias en la estancia entre el grupo con SAN [mediana 8 días (Pc 25-75: 4 a 20)] y los que no lo padecían [mediana 2 días (Pc 25-75: 1 a 5)] ( $p < 0,001$ ). El coste del ingreso para los pacientes con SAN [mediana 4.050 € (Pc 25-75: 4.050 a 7.379)] fue superior a los que no lo padecían [mediana 1804 € (Pc 25-75: 1.804 a 3.885)] ( $p < 0,001$ ).

Se encontró una tendencia estadísticamente no significativa en el número de ingresos con un porcentaje anual de cambio del 16%.

**Conclusión.** En nuestro medio, el SAN ha mostrado una tendencia ascendente con un porcentaje anual de cambio del 16% aunque sin significación estadística.

**CO-36. UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TESTÍCULO NO PALPABLE.** Montero García J, Hernández Díaz C, Ruíz Hierro C, Ortega Escudero M, Chamorro Juárez R, Ayuso González L, Gutiérrez Dueñas JM. *Hospital Universitario de Burgos*.

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del testículo no palpable unilateral.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos por testículo no palpable ( $n=25$ ) en nuestro Servicio durante un periodo de 8 años. En todos los pacientes se realizó laparoscopia exploradora y en función de los hallazgos de llevó a cabo orquidopexia o extirpación de restos testiculares.

**Resultados.** La mediana de edad de los pacientes en el momento de la intervención fue de 1 año (rango 1-9 años). El 72% de los testículos no palpables correspondían al lado izquierdo.

16 pacientes (64%) tenían ecografía preoperatoria. Los hallazgos fueron similares a la laparoscopia en 14 de ellos.

En 14 pacientes (56%) los vasos espermáticos y el deferente atravesaban el orificio inguinal, por lo que fue necesario un abordaje inguinal. Se realizó orquidopexia en 6 (43%) y exéresis de restos testiculares en 8 (57%).

En 4 casos (16%) se identificó teste intraabdominal alto, por lo que se llevó a cabo orquidopexia en dos tiempos (Fowler Stephens).

En 7 pacientes (28%) los vasos terminaban ciegos antes del orificio inguinal.

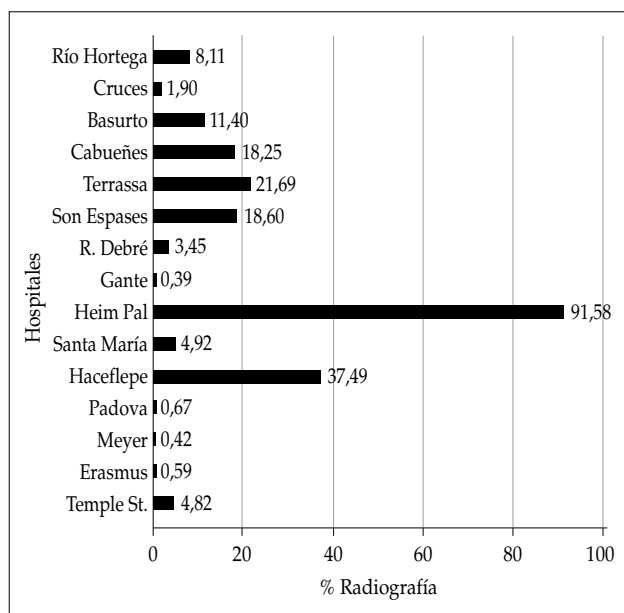
**Conclusiones.** La incidencia de criptorquidia en niños de 1 año oscila entre 1-2%, de los cuales un 30% corresponden a testes no palpables. Estos pacientes tienen mayor probabilidad de infertilidad, torsión y desarrollo de neoplasia testicular. Ningún estudio de imagen ha demostrado mayor efectividad que la laparoscopia en su diagnóstico. Se recomienda realizar la orquidopexia entre los 6 y 12 meses de edad.

**CO-37. DIFERENCIAS EN EL USO DE LA RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO EN NIÑOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EUROPEO.** Librán Peña A<sup>(1)</sup>, Arribas Arcedillo M<sup>(1)</sup>, González J<sup>(2)</sup>, Parri N<sup>(3)</sup>, Velasco Zuñiga R<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>(2)</sup>Hospital Cabueñes. <sup>(3)</sup>Meyer Children Hospital.

**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 (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.



**Figura 1.** Porcentaje de radiografía de cráneo realizada en cada hospital (CO-37).

**TABLA I.** VARIABLES ASOCIADAS A LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO A UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE (CO-37).

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.

La prevalencia de LICci fue 79/10.109 (0,77%). Se solicitó radiografía de cráneo en 2.762 (27,3%) pacientes (Fig. 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. Veintiuno (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.

**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. Se demuestra una extensa variabilidad en el uso de la radiografía de cráneo.

**CO-38. VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO SOBRE LA INCONTINENCIA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.** Pontón Martino B, Granell Suárez C, Fernández García L, Lara Cárdenas DC, Barnes Marañón S, Molnar A, Álvarez Muñoz V, Gómez Farpón Á. *HUCA. Oviedo.*

**Objetivo.** La incontinencia urinaria afecta negativamente a la calidad de vida de los niños que la padecen. No se sabe si los padres son informadores fiables del impacto que produce sobre la calidad de vida del paciente. Además la prevalencia de esta patología no es bien conocida. El objetivo de este estudio es aplicar un cuestionario sencillo de rellenar por nuestros pacientes, y otro similar por sus padres, del que extraemos conclusiones sobre la percepción que tiene sobre sí mismo y sus puntos de vista, y compararlo con la respuestas obtenidas por sus progenitores para confirmar si la percepción del problema es similar además de valorar si es una herramienta útil para estimar la prevalencia de esta patología desde la consulta.

**Material y métodos.** Desarrollamos un test compuesto por 10 preguntas sobre la presencia de incontinencia urinaria o enuresis y la sintomatología acompañante a completar por los pacientes y otro igual por sus padres.

**Resultados.** 41 pacientes de edad entre 6 y 14 años participaron en nuestro estudio. Se obtuvo un promedio de datos perdidos del 0%. La consistencia interna medida con el alfa de Cronbach fue de 0,772. En los ítems sobre la presencia de incontinencia nocturna y sobre incontinencia diurna se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre padres e hijos.

**Conclusiones.** El cuestionario es válido para el diagnóstico y evaluación de sintomatología de pacientes con incontinencia urinaria.

Los niños tienen una percepción de la patología más benigna que la mostrada por sus padres.

**CO-39. SÍNDROME MONONUCLEÓSSICO EN PREESCOLARES: ¿UN MARCADOR SOCIOECONÓMICO?** Liqueste Arauzo L<sup>(1)</sup>, Tríguez García M<sup>(1)</sup>, Ugidos Gutiérrez MD<sup>(1)</sup>, Martín Díaz C<sup>(1)</sup>, Pérez Ruiz E<sup>(2)</sup>, Rodríguez Molinero L<sup>(3)</sup>, Marugán De Miguelsanz JM<sup>(2)</sup>, Calatrava Gallardo V<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>CS Eras Del Bosque. <sup>(2)</sup>Hospital Clínico Universitario. <sup>(3)</sup>Hospital Campo Grande.

**Introducción.** El síndrome mononucleósico (SMI) por VEB en nuestro país afecta predominantemente a adolescentes. A los 5 años la seroconversión a VEB es del 35% y el riesgo de haber sufrido un SMI <10%. Describimos un brote local de SMI en preescolares analizando su clínica y posibles factores favorecedores.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo a través del análisis de historias clínicas de pacientes menores de 5 años diagnosticados de SMI por VEB en una zona básica de salud en un mes (n=8). Aplicación de estadística descriptiva con mediana y rango por n <30.

**Resultados.** La mediana de edad fue de 52 meses [10-63]. El 62,5% eran varones. El 100% de sus padres y el 62,5% de sus madres eran fumadores. El nivel socioeconómico era bajo-muy bajo en el 62,5%.

**Alimentación:** Solo el 12,5% de pacientes recibieron lactancia materna más de 2 meses y el 50% era descritos como muy malos comedores (62,5% tenían peso <P10). El 37,5% tenían alergia al huevo. El 62,5% poseían fototipo muy sensible y otro 25% piel muy oscura. El 75% padecían hipertrofia amigdalal y/o adenoidea, aunque tan solo el 25% habían sido intervenidos.

Referente a la clínica, el 87,5% tuvo hipertransaminemia (importante el 37,5%) y el 62,5% hepatomegalia. Respecto a las complicaciones, enfatizar que el 100% de los lactantes cursaron con adenopatía cervical que precisó diagnóstico diferencial ecográfico. El 37,5% padecieron exantema con penicilina.

**Conclusiones.** La tasa de seropositividad a VEB infantil es proporcional a factores socioeconómicos. En este brote de SMI por VEB en preescolares destacamos el bajo nivel socioeconómico y la alimentación deficiente. Respecto a la presentación clínica, la hipertransaminemia y las complicaciones son menores que las descritas en brotes de SMI por VEB en adolescentes.

**CO-40. ESTADO ACTUAL DE LA PATOLOGÍA DE LA ESFERA ATÓPICA EN POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE 4 AÑOS DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA.** Mateos Diego MA<sup>(1)</sup>, Martín A<sup>(2)</sup>, López FJ<sup>(3)</sup>, Martín J<sup>(4)</sup>, De La Fuente G<sup>(5)</sup>, Sánchez MA<sup>(5)</sup>, García G<sup>(6)</sup>, Martín ME<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Garrido Sur. <sup>(2)</sup>San Bernardo. <sup>(3)</sup>CS San Bernardo. <sup>(4)</sup>CS San Juan. <sup>(5)</sup>Ciudad Rodrigo. <sup>(6)</sup>Cabrerizos. Salamanca.

TABLA I. (CO-40).

	Atopia	Dermatitis A	Alergia al polen	Rinoconjuntivitis	Asma
Niños	25,5%	19,1%	1,7%	1,7%	7,8%
Padres	31,3%	2,7%	24,1%	13,4%	13,4%
Madres	35,5%	9,6%	25,7%	19,3%	14,9%

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de niños con patología de la esfera atópica en una muestra de pacientes menores de 4 años seleccionados al azar. Estudiar los antecedentes familiares de atopia en nuestra muestra.

**Material y método.** Estudio epidemiológico sobre una muestra de 115 pacientes menores de 4 años que acudieron a revisiones de salud en los Centros de Atención Primaria de la provincia de Salamanca.

**Resultados.** Prevalencias (Tabla I).

Se encontraron asociaciones significativas entre el consumo de tabaco en el padre y atopia (p 0,018) y asma (p 0,042) en el mismo. El tabaquismo materno se asoció de igual modo a una mayor prevalencia de dermatitis atópica en la madre (p 0,025). En nuestra muestra encontramos asociaciones estadísticas entre la presencia de atopia en niños y en los padres (p 0,05) no así con la madre (p 0,438). No encontramos asociación al relacionar cada patología por separado con la presencia o no de la misma en los padres/madres.

**Conclusiones.** Encontramos altas prevalencias de patologías atópicas en los niños y padre/madre de nuestra muestra. El consumo de tabaco se relacionó con la patología de los padres. Pese a la corta edad de los pacientes de la muestra se ha encontrado asociación de su patología atópica con la de los padres.

**CO-41. ESTADO ACTUAL DE LA PATOLOGÍA DE LA ESFERA ATÓPICA EN POBLACIÓN INFANTIL MAYOR DE 6 AÑOS DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA.** Mateos Diego MA<sup>(1)</sup>, Pellegrini FJ<sup>(2)</sup>, López MM<sup>(3)</sup>, Del Molino AM<sup>(4)</sup>, Gallego L<sup>(5)</sup>, Alonso MS<sup>(6)</sup>, Bote J<sup>(7)</sup>, García S<sup>(4)</sup>. <sup>(1)</sup>Garrido Sur. <sup>(2)</sup>CS Pizarrales. <sup>(3)</sup>CS Villoria. <sup>(4)</sup>CS La Alamedilla. <sup>(5)</sup>CS Santa Marta. <sup>(6)</sup>CS Tejares. <sup>(7)</sup>CS Villares. Salamanca.

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de niños con patología de la esfera atópica en una muestra de pacientes mayores de 6 años seleccionados al azar. Estudiar los antecedentes familiares de atopia en nuestra muestra y las asociaciones entre la patología de los niños con sus progenitores.

**Material y método.** Estudio epidemiológico sobre una muestra de 133 pacientes mayores de 6 años que acudieron a revisiones de salud en los Centros de Atención Primaria de la provincia de Salamanca.

TABLA I. (CO-41)

	Atopia	Dermatitis A	Alergia al polen	Rinoconjuntivitis	Asma
Niños	37,6%	25,6%	17,3%	15,8%	9%
Padres	33,6%	3,8%	26%	18,3%	8,4%
Madres	33,1%	12%	19,5%	18,8%	12%

**Resultados.** Prevalencias y asociaciones estadísticas (Tablas I y II).

**Conclusiones.** Encontramos altas prevalencias de patologías atópicas en nuestra muestra y, como se recoge en la literatura, también múltiples asociaciones estadísticas entre la presencia de dichas patologías y antecedentes familiares de atopía, principalmente con la madre.

TABLA II. (CO-41).

p	Atopia padre	Atopia madre			
Atopia niño	0,062	0,04			
p	Atopia padre	Atopia madre	Dermatitis madre	Alergia polen madre	R. conjuntivitis madre
Dermatitis niño	0,074	0,000	0,000	0,030	0,021
p	Rinoconjuntivitis padre	Alergia polen madre	Rinoconjuntivitis madre	Asma madre	
Alergia polen niño	0,031	0,046	0,010	0,034	
p	Rinoconjuntivitis padre	Atopia madre	Alergia polen madre	R. conjuntivitis madre	Asma madre
Rinoconjuntivitis niño	0,017	0,039	0,026	0,005	0,021
p	Dermatitis madre				
Asma niño	0,039				