

## Comunicaciones Orales

Viernes 4 de noviembre - Salón Convención

*Moderadores:* Lino Álvarez Granda y  
María Teresa Leonardo Cabello

**MANEJO ACTUAL DE LA PLAGIOCEFALIA POSTURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CANTABRIA.** *Castro Ramos I<sup>1</sup>, Duque González S<sup>2</sup>, Maestro de la Calera M<sup>3</sup>.* <sup>1</sup>C.S Píseña Cayón, <sup>2</sup>C.S Saja, <sup>3</sup>C.S San Vicente

**Introducción.** Debido a la implantación de la campaña de prevención "Back to Sleep" para disminuir la mortalidad por el síndrome de muerte súbita del lactante, pese a su claro beneficio ha traído consigo el aumento de incidencia de la plagiocefalia posicional o postural. Esta se define como el aplastamiento occipital uni o bilateral relacionado con el apoyo constante del cráneo infantil, tanto durante la vida intrauterina como tras el nacimiento, manteniendo abiertas las suturas posteriores. La incidencia se sitúa entre el 8-14% de menores de 6 meses, por lo que sería conveniente adoptar actuaciones preventivas de forma precoz mediante medidas posturales.

**Objetivo.** Describir la forma de actuar frente al diagnóstico de plagiocefalia posicional por parte de los pediatras de Atención Primaria de Cantabria

**Material y métodos.** Se realizó una encuesta a pediatras de Atención Primaria de Cantabria. Se recogieron las siguientes variables: momento diagnóstico, factores de riesgo recogidos, exploración física realizada, pautas dadas, valoración de evolución y lugar de derivación.

**Resultados.** Se analizaron un total de 52 encuestas. El 92,3% realizó el diagnóstico en la revisión del niño sano y solo el 1,9% en una consulta demanda por los padres. Los factores de riesgo que se recogieron fueron: 54% medidas de higiene postural realizadas por los padres previamente, 29,2% antecedentes de embarazo y parto, 8,4% postura espontánea y 8,4% antecedentes familiares. La exploración física realizada al diagnóstico incluía en el 30% localización, 20% movilidad cervical, 16% desarrollo psicomotor, 14% perímetro cefálico, 13% fontanela y suturas craneales y 7% alteración facial. Además, el 90,4% valoraba la movilidad cervical al diagnóstico frente al 9,6% que lo realizaba sistemáticamente en las revisiones del niño sano. Las pautas de higiene postural se daban 77% al diagnóstico de plagiocefalia y el 23% de rutina en las revisiones. Estas pautas se daban en un 80,8% de forma escrita y en 19,2% de forma verbal. La valoración de la evolución se realizaba

de forma visual 80,8% y usando el plagiómetro en el 19,2%. A la hora de derivar a especializada el 44% lo hacía a Atención Temprana, 29% Neurocirugía, 8% Neuropediatría, 6% Rehabilitación, 4% ortopedia infantil y 9% combinaciones de las anteriores.

**Conclusiones.** Este estudio pone de manifiesto la gran variabilidad que existe en el diagnóstico, tratamiento y derivación a especializada de los niños con plagiocefalia. Sería conveniente protocolarizar la actuación frente a esta patología haciendo hincapié en las medidas preventivas posturales, dando información de forma activa a los padres desde la primera visita del recién nacido o incluso en la preparación al parto.

**ABORDAJE DE LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES SEGÚN LA NUEVA GUÍA DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA. NUEVO CONCEPTO: EVENTO BREVE RESUELTO DE CAUSA INEXPLICABLE.** *Gabaldón Pastor D, Urquiza Físico JL, Rodríguez Alonso M, Bernués López E, Elizondo Alzola A, Garrido Barbero M, Torres Mariño C, Merino Arribas JM.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

**Objetivos y métodos.** La nueva guía de la Academia Americana de Pediatría para el manejo de episodios aparentemente letales (ALTE), modifica este término por el de evento breve resuelto de causa inexplicable (BRUE), estratifica en función del riesgo de repetición del evento o enfermedad subyacente, y propone pautas de manejo sin ingreso ni pruebas en casos de bajo riesgo. El objetivo de este estudio es determinar las diferencias en el manejo de los pacientes diagnosticados de ALTE en el Hospital de Burgos en los años 2014-2015 en el caso de haber sido manejados según los criterios de la guía BRUE. Se realizó revisión de historias clínicas y análisis retrospectivo del manejo en función de las nuevas pautas.

**Resultados.** Se incluyeron 20 casos de ALTE, con una mediana de edad de 50 días y ratio varón:mujer de 0,5%. Se identificó a 4/20 pacientes que cumplían criterios de BRUE de bajo riesgo. Todos fueron ingresados y a todos se les realizaron pruebas complementarias. En los 4 casos, análisis de sangre y electrocardiograma; en 3/4 se realizó electroencefalograma convencional; en 2/4 ecocardiografía, ecografía cerebral e impedanciometría; y en un caso se realizó estudio del sueño y análisis de orina. En el seguimiento posterior, uno de los casos presentó nuevos episodios y fue diagnosticado de epilepsia focal.

**Conclusiones.** El uso de las nuevas pautas de clasificación y tratamiento de BRUE propone optimizar el manejo en casos de bajo

riesgo. En nuestra serie hubiera evitado el ingreso y realización de pruebas complementarias en el 20% de pacientes diagnosticados de ALTE. En cualquier caso, es importante asegurar siempre el seguimiento de los pacientes para reevaluar su riesgo si presentan nuevos eventos.

**ABORDAJE DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO ANTE UN EPISODIO APARENTEMENTE LETAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.** *Rodríguez Alonso M, Urquiza Físico JL, Gabaldón Pastor D, Pérez Rodríguez M, Cuervas-Mons Tejedor M, Ibáñez Llorente R, Aguerrevere Machado MP, Merino Arribas JM. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos*

**Introducción.** El Episodio Aparentemente Letal (EAL) o *Apparent Life-Threatening Event* (ALTE) se define como un episodio brusco y alarmante para el espectador cuyo espectro clínico puede combinar cambio de coloración y del tono muscular, apnea, atragantamiento o sofocación. Su incidencia es de 0,05 a 6 por cada 1000 recién nacidos vivos. En más del 50% de los casos puede no encontrarse una causa a pesar de los estudios realizados (forma idiopática). Como etiología objetivable, el origen gastrointestinal (reflujo gastroesofágico) puede llegar a ser el más frecuente, seguido de causa neurológica, respiratoria, cardiovascular o metabólica. Dada la diversidad etiológica, pueden ser necesarios numerosos estudios complementarios. La historia clínica detallada y exploración física marcan la pauta de pruebas diagnósticas a realizar.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo que recoge datos clínicos, epidemiológicos y diagnósticos de pacientes que han sido hospitalizados tras sufrir un ALTE en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU) entre los años 2014 y 2015.

**Resultados.** Fueron estudiados 20 pacientes, de los cuales el 65% fueron mujeres y el 55% presentaba una edad menor de 60 días. En el 25% se registraron antecedentes familiares de muerte súbita, neurológicos o cardiovasculares. La forma de presentación más frecuente fue el cambio de tono muscular (80%), seguido de desconexión del medio (65%), cambio de coloración (65%) y apnea (60%). La mayoría de episodios fueron presenciados, y solamente un paciente recibió reanimación cardiopulmonar básica. Las pruebas complementarias más solicitadas fueron analítica sanguínea (95%), electroencefalograma (95%), electrocardiograma (90%), ecocardiograma (53%), ecografía cerebral (45%) e impedanciometría (45%). Al alta precisaron monitorización domiciliar continua un 80%. La mayoría de pacientes no presentaron recurrencia del episodio y hasta ahora no se han registrado muertes.

**Conclusiones.** Los eventos que aparentan amenazar la vida no son un diagnóstico específico, sino un motivo de consulta y una forma de presentación de diversas afecciones. En un 45% de los casos no fue posible encontrar la causa, siendo la etiología objetivable más frecuente el RGE (30%), seguido de alteraciones respiratorias (10%) y neurológicas (5%). No existe un consenso sobre las pruebas complementarias a realizar, siendo necesario elaborar una guía y protocolo específicos para concretar el abordaje en estos pacientes, basándose en la historia clínica, exploración física y características individuales de cada caso. En mayo de 2016 la Academia Americana de Pediatría cambió el concepto de ALTE por el de evento breve resuelto de causa inexplicable (BRUE), proponiendo una nueva guía de manejo.

**¿SE ENCUENTRA CAUSA CARDIOLÓGICA EN LAS MOLESTIAS TORÁCICAS VARIADAS EN LOS NIÑOS ENVIADOS A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA?** *Blázquez CJ, Alonso P, Megido A, Oreña VA, Gutiérrez S, Pérez B, Ibáñez A, Fernández B. AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Las molestias inespecíficas a nivel del tórax en Pediatría son un motivo de derivación a la consulta de Cardiología Pediátrica relativamente frecuente. A diferencia de los adultos, en los niños la causa cardiológica no suele ser su desencadenante. Describir las características epidemiológicas, nutricionales, las pruebas realizadas y solicitadas, patología encontrada y tasa de altas.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todas las derivaciones dirigidas a la Consulta de Cardiología Pediatría en un Hospital de Tercer Nivel por molestias inespecíficas a nivel del tórax (dolor torácico, palpitaciones, disnea o taquicardia) desde el 01/01/2015 al 31/12/2015. Información obtenida a partir de las historias clínicas del hospital. Estadística descriptiva a través de SPSS.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio hubo un total de 976 primeras consultas de Cardiología Pediátrica, de ellas un 8,2% por molestias variadas torácicas. La edad media fue de  $9,32 \pm 3,03$  años siendo el 52,5% niña. En riesgo de sobrepeso (IMC > percentil 85), se encontraban el 5% de la muestra, como obesidad un 12,5% (IMC > percentil 95). Desglosadas las molestias inespecíficas: 41,2% presentaban dolores torácicos, 37,5% palpitaciones, 15% taquicardia, 6,3% por disnea. La distribución de las consultas por meses presentó un rango de 1-14 siendo el mínimo en los meses de julio y agosto y el máximo en abril. A todos ellos, se le realizó anamnesis, exploración física, electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma (ECO). El ECG mostró alteraciones en el 15%, y la ECO en el 7,5%. Se encontraron a nivel estructural: 3 valvulopatías, 1 comunicación interauricular y 2 forámenes ovales permeables persistentes. Fueron alta en la primera consulta un 42,5%. Se solicitó estudios ampliados en el 12,5%, de los cuales fueron normales 100%. Fueron alta en una segunda consulta el 80%.

**Conclusiones y comentarios.** Las molestias inespecíficas en pediatría en muy pocas ocasiones presenta una causa estructural o eléctrica cardiológica. Los pacientes que presentan esta sintomatología no suelen tener más sobrepeso u obesidad que la media española.

**AFECTACIÓN CARDÍACA EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI. REVISIÓN DE 9 AÑOS.** *Torres Aguilar L, Salamanca Zarzuela B, Alcalde Martín C, Cebrián Fernández R, Pérez Gutiérrez E, Hedrera Fernández A, Librán Peña A, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados en nuestro Hospital en los últimos 9 años con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, comparando las de los pacientes en los que se detectó afectación cardíaca con las de aquellos con normalidad a ese nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante recogida de datos de historias clínicas digitalizadas.

**Resultados.** Se registraron 17 pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, 11 (64,70%) de ellos varones. La mediana de edad al diagnóstico fue de 32 meses. Se constató alteración cardíaca en 5 (29,5%) pacientes, presentando la alteración ecocardiográfica ya durante su ingreso salvo en uno de ellos en el que el hallazgo apareció a los 19 días de iniciado el cuadro clínico. Los diagnósticos ecocardiográficos realizados fueron: arteritis, aneurisma coronario, pericarditis, e insuficiencia mitral. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto sexo, edad, o criterios diagnósticos. Todos habían recibido profilaxis con gammaglobulina i.v. y ácido acetilsalicílico. La evolución en todos los casos fue favorable, sin secuelas en la actualidad. Se analizó igualmente un paciente derivado a consulta de Cardiología en el que se encontró aneurisma coronario, con antecedente de cuadro compatible con enfermedad de Kawasaki incompleto, sin que fuese diagnosticado ni tratado, y que actualmente presenta aneurisma coronario persistente.

**Conclusiones.** Uno de los problemas más importantes de la enfer-

medad de Kawasaki es la afectación cardíaca. Hasta el 25% de los pacientes que no reciben tratamiento desarrollan alteraciones coronarias incluyendo la formación de aneurismas, relacionados con riesgo de muerte súbita. Es importante realizar un buen diagnóstico de la enfermedad para instaurar de manera precoz el tratamiento adecuado pues de ese modo la tasa de alteraciones cardíacas disminuye considerablemente.

**ANÁLISIS DE CONCORDANCIA ENTRE PEDIATRA Y ODONTOPEDIATRA EN LA VALORACIÓN DE VARIABLES DE INTERÉS ESTOMATOLÓGICO. ESTUDIO PILOTO.** *Andrés De Llano C<sup>1</sup>, Cuenca Gómez MA<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital de la Santa Cruz. Liencres. Cantabria. <sup>2</sup>CS Saja. SCS. Cantabria*

**Objetivo.** Realizar un estudio de concordancia entre dos evaluadores en relación con la valoración de variables estomatológicas obtenidas en la exploración de los pacientes.

**Material y métodos.** La población está compuesta un grupo de 26 niños atendidos un Centro de Salud de Cantabria. Se ha realizado un análisis de concordancia mediante el coeficiente Kappa de Cohen para todas las variables seleccionadas.

**Resultados.** La distribución por sexos fue de 6:4 entre varones y mujeres. La mediana de edad fue de 5,5 años (Pc. 25-75: 1,5 a 9,3 años). El rango de edades se encuentra entre los 4 meses y los 14 años. Los valores obtenidos para el coeficiente Kappa de Cohen en las diferentes variables analizadas se muestra en la siguiente tabla.

	Kappa	Mín	Máx	p
Tipo de respiración	0,35	0	0,55	0,03
Sellado labial	0,33	0	0,51	0,1
Hipotonía labial	0,24	0	0,63	0,06
Contracción peribucal	0,2	0	0,56	0,09
Interposición	0,38	0	0,43	0,1
Lengua entre arcadas	0,31	0	0,43	0,09
Deglución normal	0,12	0	0,22	0,05
Deglución con muecas	0,14	0	0,22	0,19
Deglución con interposición	0,14	0	0,53	0,4
Masticación	0,53	0	0,59	0,02
Alimentación blanda	1	1	1	
Boca abierta masticación	0,56	0	0,64	0,01
Alteración postural	0,6	0	0,8	0,01
Derivación de frenillo lingual	0,33	0	0,73	0,11

**Conclusión.** Los valores obtenidos han sido modestos para muchas de las variables analizadas. Este trabajo debe completarse y repetirse tras realizar unas sesiones entre los observadores para entrenamiento y resolución de discrepancias. Es necesario que los pediatras conozcan y evalúen en su periodo formativo las alteraciones estomatológicas para la detección precoz y corrección de las alteraciones en dicha esfera.

**DOLOR ABDOMINAL EN FID Y FIEBRE, NO TODO ES LO QUE PARECE.** *García Aparicio C, Rodríguez Fernández A, Puerta Pérez MP, Zoido Garrote E, Guevara Caviedes LN, Ardela Díaz E, Fuentes Carretero S, Pradillos de la Serna JM. Servicio de Pediatría. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción.** El infarto omental es una causa poco frecuente de dolor abdominal (0,1% laparotomías de abdomen agudo). Generalmente

afecta a adultos entre 40-50 años y tan solo el 15% de los casos se dan en edad pediátrica. Algunos de los factores predisponentes son la obesidad y las malformaciones del omento. EL IO puede ser idiopático, o más a menudo, secundario a una torsión omental.

**Caso clínico.** Niña de 10 años y dolor abdominal continuo en FID con escasa respuesta analgésica. Asocia febrícula 37,8°C, no nauseas ni vómitos. La analítica sanguínea muestra leucocitosis con desviación izquierda, PCR 111,5 mg/L, y coagulopatía leve. La ecografía abdominal pone de manifiesto un aumento de ecogenicidad de la grasa donde se identifica una pseudomasa, completándose el estudio con TAC abdominal que sugiere infarto omental como primera posibilidad diagnóstica. A las 48 horas de tratamiento analgésico y antiinflamatorio, dado la no mejoría clínica ni analítica se decide intervención por laparoscopia. Se extrae una masa de meso epiploico necrótico gangrenoso adherido a una masa granulomatosa necrótica en cúpula vesical y apéndice estructuralmente normal. En el postoperatorio evoluciona favorablemente; recibe antibioterapia intravenosa con piperacilina-tazobactan durante 7 días y analgesia con desaparición progresiva de la fiebre y el dolor.

**Comentarios.** El infarto omental aunque infrecuente, debe plantearse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo especialmente en niños obesos, dada la similitud que puede presentar la clínica con la apendicitis aguda. La mayoría de los autores apoyan una actitud conservadora, reservando la cirugía cuando hay una falta de certeza diagnóstica o ante la no mejoría clínica en 48 horas. En nuestro caso todos los tejidos se encuentran desestructurados por lo que suponemos que se trata quiste uracal gangrenoso cubierto por epiplón e infarto omental secundario a torsión.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS SÍNDROMES HEMOLÍTICOS URÉMICOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.** *Megido A, Oreña VA, Blázquez CJ, Alonso P, Navarro S, Martín S, Nonide L, Ordóñez FA. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** El síndrome urémico hemolítico (SHU) es un cuadro caracterizado por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. La gran mayoría de los brotes epidémicos y casos esporádicos se han asociado con el serotipo O157:H7 de *E. coli*, siendo menos frecuente los casos etiquetados como atípicos.

**Objetivos y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los aspectos epidemiológicos, clínicos, analíticos y tratamiento de los pacientes diagnosticados de SHU entre los años 2003-2015 en el Hospital Universitario Central de Asturias. Los datos se obtuvieron por la revisión de las historias clínicas. Variables expresadas como cualitativas porcentaje y cuantitativas como media y desviación estándar. Estadística descriptiva a través de SPSS.

**Resultados.** Se diagnosticaron 15 casos (60% niñas), con una edad media de 3,73±3,75 años. El 80% identificados en primavera-verano. El 93,3% presentaban historia previa de diarrea, con una duración media desde el inicio del cuadro diarreico de 4,8±4,09 días, siendo de características enteroinvasivas en el 40%. Todos los pacientes mostraron hematuria, el 60% presentó proteinuria e hipertensión. Los parámetros analíticos medios al diagnóstico: Hb 9,44±2,75 g/dl plaquetas 49.666±46.021/mm<sup>3</sup>, creatinina 1,64±0,81 mg/dl, filtrado glomerular estimado 32,47±19,28 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, sodio 134,67±4,45 mEq/L, LDH 2.886±1.534 UI/L. En 9 pacientes se objetivaron esquistocitos en el frotis de sangre periférica. El cultivo de heces aisló el microorganismo en un 20% (2 *E. coli* cepa O157-H7 y un *Streptococcus Beta haemolyticus*), en un 53,3% fue negativo y desconocido en un 26,7%. Recibieron transfusiones de hemáties y plaquetas el 100 y 40% de los casos respectivamente y se requirió tratamiento renal sustitutivo en 7 pacientes (diálisis peritoneal 5 y hemofiltración 2). Preci-



saron ingreso en UCIP el 73% de aquéllos, con una estancia hospitalaria media total de 17,33±8,72 días. Un solo paciente requirió mantenimiento de la diálisis tras el alta. No se registró ningún fallecimiento. Un caso en el que se objetivó reactivación de la clínica tras 8 meses.

**Conclusiones y comentarios.** Nuestro estudio demuestra que el diagnóstico de SHU está relacionado con una historia previa de diarrea en la mayor parte de los casos y confirma sus características clínicas descritas clásicamente en la literatura.

**FASCITIS NODULAR: UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE EN PEDIATRÍA.** Pérez España A, López Wilches M, Herraiz Cristóbal R, Gacimartín Valle P, Jiménez Jiménez P, Rodríguez Boderó S, Gómez Beltrán O, González García H. Servicio de Oncología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** Ante una tumoración de rápido crecimiento de partes blandas en edad pediátrica, es necesaria una anamnesis, una exploración física adecuada, así como pruebas de imagen que orienten el diagnóstico y un examen histológico que determine la naturaleza benigna o maligna de la misma.

**Caso clínico.** Niña de 11 años valorada en Oncología Pediátrica por tumoración de rápido crecimiento a nivel del músculo deltoides derecho. No refirió síntomas constitucionales. A la exploración física presentó lesión nodular no dolorosa, indurada, adherida a planos profundos, sin aspecto inflamatorio, de aproximadamente 1.5 cm de diámetro a los 3 meses de su aparición. No recuerda traumatismo previo. No antecedentes personales a destacar. Como antecedentes familiares cabe destacar un primo fallecido a los 7 años por tumor teratoide-rabdoide cerebral y una prima de 14 años con antecedente de leucemia linfoblástica a los 3 años. Tras los hallazgos exploratorios, se realizó ecografía de partes blandas observándose en el tejido celular subcutáneo una imagen nodular de 14 x 13 mm de diámetro máximo, hipoeoica, algo heterogénea, con centro más hiperecogénico que no parece encapsulada ni bien delimitada ya que infiltra levemente los lobulillos grasos circundantes, con importante vascularización. Se amplió estudio con resonancia magnética nuclear observándose una lesión ocupante de espacio en la vertiente más profunda del tejido celular subcutáneo del tercio proximal, a nivel anterior del brazo derecho de 12 x 8 x 17 mm de diámetros máximos, sin plano de separación con la fascia muscular subyacente, con bordes espiculados e intensa captación de contraste y con una pequeña calcificación en su interior. Se realizó estudio de extensión con TAC torácico y ecografía abdominal no encontrándose alteraciones. Se llevó a cabo exéresis radical de la tumoración con márgenes de seguridad. El resultado anatomopatológico mostró una proliferación miofibroblástica sin atipias con características histológicas e inmunohistoquímicas compatibles con fascitis nodular.

**Comentarios.** La fascitis nodular es una proliferación de tipo miofibroblástico de carácter benigno/reactivo, habitualmente localizada en miembros superiores y tronco, que en ocasiones se asocia con un traumatismo previo y que en la mayoría de los casos aparece entre los 20 y los 35 años, siendo excepcional en la infancia. La lesión puede confundirse con un sarcoma de partes blandas debido a su rápido crecimiento por lo que la anatomía patológica es imprescindible para el diagnóstico definitivo. La escisión de la lesión, con márgenes de seguridad, disminuye el riesgo de recidiva en un futuro.

**FRECUENTACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** Moreno Carrasco JL, Torres Ballester I, Carranza Ferrer J, Bahillo Curieses P, Justo Vaquero

P, Izquierdo Herrero E, García Saseta P, Abad Arevalillo S. Servicio de Urgencias Pediátricas. Unidad de Endocrinología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia con incidencia creciente en los últimos años e importante repercusión sanitaria dada la gravedad de sus complicaciones. Es fundamental disponer de unos indicadores de frecuentación de los servicios sanitarios como predictor de la morbilidad asociada a este colectivo.

**Métodos.** Estudio longitudinal de una cohorte de 81 pacientes con diabetes mellitus analizando los que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas entre junio-2015 y septiembre-2016. Se analizaron las variables: edad, sexo, motivo de consulta, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la enfermedad, Hb1Ac media y necesidad de ingreso hospitalario.

**Resultados.** 24 pacientes (29,6%) acudieron a Urgencias en un total de 45 ocasiones (media 1,8 veces/paciente), generando dos de ellos (8%) el 33% de las consultas (15 consultas). El 54,1% eran varones y la mediana de edad fue de 11 años (rango 4-15). La práctica totalidad padecían diabetes tipo 1 (95,8%). Solo un paciente presentó una diabetes inducida por corticoides. Los motivos de consulta fueron: enfermedad común (51,2%), traumatismo (20%), debut diabético (15,5%) y descompensación metabólica (13,3%). El 39,13% de los pacientes que consultaron por enfermedad común presentó alguna alteración del metabolismo glucídico; el 88% (8) en forma de hiperglucemia y el 12% (1) con hipoglucemia. De los 7 pacientes que consultaron por debut de diabetes todos ellos fueron hospitalizados y el 42,8% (3) presentaron CAD al diagnóstico. A excepción de los debut, la mayoría de las descompensaciones metabólicas (83,3%) y de las alteraciones del metabolismo glucídico en los pacientes con enfermedad común (77,7%) fueron solventadas en Urgencias, requiriendo ingreso solo 3 pacientes. Excluyendo a los debuts, la cifra media de Hb1Ac en el último año fue 6,9% (6,18%-8,75%) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 4,03 años.

**Conclusiones.** 1) A excepción del debut la casi totalidad de las complicaciones metabólicas agudas del paciente con diabetes pueden ser manejadas en los Servicios de Urgencias. 2) La mayoría de las consultas a nuestro Servicio no estuvieron relacionadas con la enfermedad de base, en probable relación con la existencia en nuestro centro de un enfoque sanitario orientado a la estrecha atención de este proceso crónico.

**MALFORMACIONES LINFÁTICAS EXTRADIGESTIVAS ASOCIADAS A LINFANGIECTASIA INTESTINAL.** Membrives Aparisi JS, Marugán de Miguelsanz JM, Marcos Temprano M, Alonso Vicente C, Torres Ballester I, Fernández Provencio V, Gómez Hidalgo J. Servicio de Pediatría. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La linfangiectasia intestinal primaria es una patología congénita consecuencia de la obstrucción al drenaje de los vasos linfáticos del intestino delgado. Consecuentemente, se produce una enteropatía pierde proteínas caracterizada por linfopenia, hipoalbuminemia e hipogammaglobulinemia. Clásicamente se ha considerado como una linfopatía primaria del intestino delgado. Sin embargo, la evidencia actual apunta a que se trata de un trastorno generalizado con posible afectación de múltiples territorios linfáticos.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un niño de 8 años con edema en miembro inferior izquierdo de 8 meses de evolución, inicialmente diagnosticado como secundario a epifisiolisis e inmovilizado con férula de yeso sin mejoría. Posteriormente valorado por reumatología y cirugía vascular, con eco-Doppler normal. Como antecedentes personales, fue diagnosticado en nuestro centro a los 24 meses de edad de linfangiecta-

sia intestinal mediante biopsia yeyunal a raíz de la aparición de un síndrome pierde proteínas con diarrea crónica, edemas, hipoalbuminemia, linfopenia, hipocalcemia, ferropenia e hipertransaminasemia. Respuesta favorable a la dieta baja en triglicéridos de cadena larga y a los suplementos con vitaminas liposolubles, proteínas y ácidos grasos de cadena media, con desaparición de los edemas, y normalización clínica, aunque mantiene cifras bajas de albúmina. Exploración física: Edema con fovea en todo el miembro inferior izquierdo sin otros hallazgos de interés. Exploraciones complementarias: Bioquímica: Proteínas totales 4 g/dl, Albúmina 2.7 mg/dl, triglicéridos 70 g/dl, colesterol total 148 mg/dl, GOT 42 U/L, GPT 40 U/L. Niveles de vitaminas liposolubles: Vit. D 7,91 ng/ml, Vit. A 0,15 mg/L, E 9,2 µg/ml, K 4,89 µg/L. Alfa-1-antitripsina en heces 1,64 mg/g heces. Parámetros similares en los controles previos. Ante la exploración física y la aparición de un edema no esperable para el nivel de hipoalbuminemia se establece el juicio clínico de linfedema y se realiza una linfogammagrafía que muestra ausencia de columna de actividad del radiofármaco en miembro inferior izquierdo, sin que se visualice actividad ganglionar ni captación del radiotrazador en el miembro a nivel dérmico, estableciendo la posibilidad de una agenesia/hipoplasia linfática en dicho miembro. Se indica tratamiento postural y con fisioterapia específica.

**Comentario.** La linfangiectasia intestinal forma parte de una patología que puede afectar a todo el sistema linfático. Esto ha de ser tenido en cuenta en la práctica clínica para evitar demoras innecesarias en el diagnóstico y tratamiento, así como la instauración de medidas terapéuticas innecesarias o incluso contraproducentes en algunos casos.

**PATRÓN DE INGESTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA INFANCIA EN UNA COHORTE DE LACTANTES DEL NORTE DE ESPAÑA.** *Monje Pardo L<sup>1</sup>, Pardo Crespo R<sup>2</sup>, Güemes Veguillas E<sup>2</sup>, Mazas Raba R<sup>2</sup>, Castro Ramos F, Rodríguez Campos C<sup>2</sup>, Fernández San Julián L<sup>2</sup>, Cabero Pérez MJ<sup>3</sup>.* <sup>1</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Centro Médico de Asturias. Oviedo, Asturias. <sup>2</sup>Atención Primaria. Servicio de Pediatría. Santander, Cantabria. <sup>3</sup>Servicio de Respiratorio Infantil. Hospital U. Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

**Introducción. Objetivos.** La correcta alimentación durante los dos primeros años de vida adquiere gran relevancia para asegurar el crecimiento y mantener la salud en la fase adulta del individuo. En este estudio hemos recogido variables antropométricas, ingesta de alimentos y lactancia materna (LM), ingesta alimentaria por grupos de alimentos durante la alimentación complementaria, así como la ingesta calórica durante los primeros 18 meses de vida, con el objetivo de evaluar los patrones de alimentación de manera pormenorizada, así como las diferencias de consumo de alimentos entre los que toman LM y los que no.

**Metodología.** Estudio longitudinal en el que han participado 246 niños sanos (116 mujeres), reclutados a los 6 meses de edad y seguidos hasta 18 meses, como parte de un estudio más grande en el norte de España. Se utilizaron cuestionarios alimentarios 24/72 h registrando la ingesta diaria de alimentos (lactancia materna, fórmula, cereales, frutas, yogur, verduras y carne o pescado) a los 6, 9, 12, 15 y 18 meses de edad. Posteriormente hemos procedido a la conversión de dicho registro alimentario a ingesta calórica y por principios inmediatos.

**Resultados.** El porcentaje de LM es del 45,5% (mayoritaria 60,7%) a los 6 meses, 26,2% (mayoritaria 49,1%) a los 9 meses y del 21,2% (mayoritaria 27%) a los 12 meses. Los lactantes que toman LM toman significativamente menos cantidad de alimentos en todos los grupos de alimentos ( $p < 0,001$ - $p < 0,009$ ) y de ingesta total ( $p < 0,001$ ) a los 6 meses y se van atenuando en las siguientes revisiones de 9 y 12 meses. Se constató que la ingesta de proteína fue más elevada de lo que marcan las IDRs (Ingesta diaria recomendada) en niños de 1 a 3 años de edad. Los

valores recomendados de ingesta proteica son 1,05 g/kg peso/día, y en nuestro estudio oscilaron entre 2,66 g/kg peso/día a los 12 meses, 3,53 g/kg peso/día a los 15 meses y 3,71 g/kg peso/día a los 18 meses.

**Conclusiones.** Los lactados de pecho toman significativamente menos cantidad de todos los grupos de alimentos y de la ingesta global. La ingesta de proteína de los 12 a los 18 meses de edad es elevada y va aumentando con las edades, llegándose a alcanzar cifras de más del doble y más del triple de los que marcan las recomendaciones institucionales.

**PREMATUROS TARDÍOS VS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO.** *Morales Luengo F<sup>1</sup>, Fernández Colomer B<sup>2</sup>, Escribano García C<sup>1</sup>, Izquierdo Caballero R<sup>1</sup>, Samaniego Fernández CM<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Unidad de Neonatología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central Asturias. Oviedo.

**Introducción.** Se conoce como prematuro tardío (PT) al recién nacido entre las 34 y las 36+6 semanas de edad gestacional. Este subgrupo de prematuros suponen un elevado porcentaje respecto a todos los recién nacidos prematuros (RNP) llegando hasta el 75%. Por otra parte PT tiene una morbilidad y mortalidad superior a los recién nacidos a término (RNT). Esto supone mayor tasa de ingresos y permanencia en el hospital. Además la tasa de reingresos de estos niños en los primeros meses de vida es elevada.

**Objetivos.** Comparar la morbimortalidad de PT y RNT del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), desde el nacimiento hasta los 2 años de vida.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias de todos PT nacidos en el HUCA durante el año 2010 y se recogieron datos de gestación, parto, morbi-mortalidad neonatal y evolución en los primeros 2 años de vida. Así mismo, como grupo control, se recogieron los mismos datos de un RNT nacido el mismo día y del mismo sexo por cada PT. Los datos se analizaron estadísticamente.

**Resultados.** Se encontraron 195 PT de 2565 nacimientos (7,6%). Suponen el 70,6% de todos RNP (195/276). El sexo masculino fue algo superior tanto en PT (54,9%) como en el total de RNT (52,3%). El 28,2% de todos PT pertenecían a gestaciones múltiples a diferencia del 1,5% de todos RNT. En cuanto a la morbilidad en el periodo neonatal requirieron ingreso en la unidad neonatal más de la mitad de PT (58,9%) y el 10,7% de RNT del grupo control. Los principales motivos de ingreso de PT fueron la propia prematuridad (42,6%) seguida del bajo peso (23,4%) y en RNT fue la sospecha de sepsis (23,8%) seguido por el distrés respiratorio (9,5%). La patología metabólica (55,9% de todos PT) y dentro de esta la ictericia fue la más frecuentemente hallada. La patología respiratoria fue la segunda en frecuencia (17,4%). En el 11,8% de RNT analizados se encontró patología metabólica siendo también la ictericia la más frecuente. En RNT la patología infecciosa y respiratoria supusieron el 4,6% y 2% respectivamente. La estancia hospitalaria en la unidad de neonatología fue mayor en PT respecto a RNT tanto en el subgrupo de ingresados como en el total. La tasa de reingreso más allá del periodo neonatal en PT y RNT fue del 27,7% y 23,6% respectivamente siendo la bronquiolitis el motivo en un tercio (33,3%) de los reingresos en PT y un cuarto (26,1%) en RNT. La mortalidad de PT fue del 2% (4) y del 0,09% en RNT (2).

**Conclusiones.** El porcentaje de PT respecto a RNP es similar a la mayoría de los estudios (65-75%). La morbilidad neonatal es superior en PT precisando más ingresos y más días de estancia en la unidad neonatal. El motivo principal de ingreso en la unidad neonatal de los PT fue la propia prematuridad y en RNT correspondió a la sospecha de sepsis. La patología más frecuente tanto en PT y RNT fue la metabólica aunque la prevalencia en PT fue muy superior. Más allá del periodo neonatal, y hasta los 2 años, la diferencia de ingresos entre PT y RNT se redujo y en ambos fue la bronquiolitis la causa más frecuente de estos ingresos.

**TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE LAS ENFERMEDADES AURICULARES: SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO.** *Hernández Díaz C, Montero García J, Ortega Escudero M, González Herrero M, Ruiz Hierro C, Chamorro Juárez R, Gutiérrez Dueñas JM.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

**Objetivos.** Valoración de los resultados a medio plazo del tratamiento no quirúrgico de las malformaciones del pabellón auricular en la infancia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y prospectivo desde octubre de 2014 hasta enero de 2016 que incluye a 7 pacientes (4 varones y 3 mujeres) con edades comprendidas entre 14 días y 7 meses. La edad media de colocación fue a las 9 semanas de vida y el tiempo mínimo de seguimiento 9 meses. Se utilizaron dispositivos de moldeamiento externo por deformidad auricular. Estos moldeadores constan de una parte que queda adherida a la zona retroauricular y otra que se aplica sobre la cara anterior del pabellón con una serie de clips para el moldeado.

Se consideró tipo de deformidad, duración del tratamiento, complicaciones y resultado tras la retirada de los dispositivos (bueno, regular y fallido).

**Resultados.** Todos los pacientes presentaban hélix valgus bilateral. La duración del tratamiento osciló entre los 7 días y las 5 semanas. Como complicación menor, en 6 de los niños aparecieron erosiones cutáneas que no precisaron tratamiento y desaparecieron al finalizar el mismo. De los 7 pacientes, 4 presentaron muy buenos resultados, 2 resultado regular por despegamiento leve del pabellón tras retirar el dispositivo y 1 fallido por falta de adhesión al tratamiento. En todos los casos los padres estaban muy satisfechos con el resultado.

**Conclusiones.** El uso de conformadores externos en menores de 6 meses puede ser una alternativa a la cirugía, a la espera de valoración a largo plazo. Nuestros resultados fueron mejores a menor edad del paciente, probablemente por la mayor adherencia al dispositivo y mayor maleabilidad del cartílago en lactantes.

**UTILIDAD DE UN PREPARADO LÁCTEO CON FIBRA EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL INFANTIL.** *Pérez Solís D<sup>1</sup>, Díaz Martín JJ<sup>2</sup>, Riaño Galán I<sup>1</sup>, Molinos Normiella C<sup>3</sup>, Pérez Candás JJ<sup>4</sup>, Coto Fuente M<sup>5</sup>, Morán Gutiérrez M<sup>6</sup>, Merino Ramos L<sup>6</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés. <sup>2</sup>AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón. <sup>4</sup>Centro de Salud Sabugo. Avilés. <sup>5</sup>Centro de Salud La Magdalena. Avilés. <sup>6</sup>Centro de Salud de Luanco. Luanco.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia de un preparado lácteo suplementado con fibra (inulina y maltodextrina resistente a la digestión) en niños con estreñimiento funcional.

**Material y métodos.** Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Se incluyeron niños entre 4 y 12 años de edad que cumplían criterios diagnósticos de Roma III para estreñimiento funcional y consultaban en su centro de Atención Primaria o en la consulta de Gastroenterología Pediátrica. El grupo de intervención recibió durante 4 semanas una ración diaria de 200 ml de leche suplementada con fibra (Naturfibr<sup>®</sup>), mientras que el grupo control recibió una ración similar de leche semidesnatada sin suplementar. Se consideró como variable de resultado principal la realización de al menos 3 deposiciones por semana.

**Resultados.** Se incluyeron 19 niños (9 recibieron fibra y 10 placebo). Tras 4 semanas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control respecto a la realización de al menos 3 deposiciones a la semana (88,9% frente a 100%, p=0,474), el número de deposiciones semanales (5,8 ± 2,0 frente

a 5,8 ± 1,3, p=0,978), la consistencia de las deposiciones o la presencia de conductas de retención, dolor con la defecación e incontinencia fecal, así como en la salud autopercebida.

En ambos grupos se observó una tendencia al aumento en el número de deposiciones; en el grupo de tratamiento de 3,6 ± 1,9 a 5,8 ± 2,0 deposiciones/semana (p = 0,059) y en el grupo placebo de 3,3 ± 1,3 a 5,8 ± 1,3 deposiciones/semana (p = 0,001). También disminuyó en ambos grupos la presencia de dolor en la defecación en el grupo de tratamiento del 77,8% al 11,1% (p = 0,031) y en el grupo placebo del 80,0% al 20,0% (p = 0,031).

**Conclusiones.** No se ha podido confirmar la eficacia de un preparado lácteo suplementado con inulina y maltodextrina resistente a la digestión para el tratamiento del estreñimiento funcional infantil. Son necesarios estudios bien diseñados y de mayor tamaño muestral para determinar el papel de los suplementos de fibra en los niños con estreñimiento.

**Viernes 4 de noviembre - Sala Agumar**

*Moderadores:* Luis de la Rubia y Ana Peñalba Citores

**¿ES LA VACUNA MENINGOCÓCICA B TAN REACTÓGENA COMO SE ESPERABA?** *Corrales Fernández A<sup>1</sup>, Ayala Velasco R<sup>2</sup>, Rodríguez Rodríguez C<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Pediatra, <sup>2</sup>Enfermero. Centro de Salud Sardinero. E.A.P. Santander.

**Objetivos.** Conocer la reactogenicidad de la vacuna meningocócica grupo B (ADNr, de componentes, adsorbida), de nombre comercial Bexsero<sup>®</sup>, comercializada por GSK vaccines.

**Material y métodos.** Registro de los datos relativos a la administración de cada dosis de vacuna meningocócica B desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2016 en el Centro de Salud Sardinero de Santander. Para ello se entregó una hoja a las familias en el momento de administración de cada dosis, para completar los siguientes ítems: fecha de administración, hora, número de dosis, vacunas recibidas de forma concomitante, reacciones adversas presentadas, horas de inicio de las mismas, analgésico/antitérmico recibido y dosis del mismo.

**Resultados.** El número total de dosis administradas fue de 173. De los 138 niños que fueron vacunados, 35 recibieron dos dosis y el resto, 103 recibieron solo una dosis. El 67% de los niños (93) pertenecían al grupo de edad comprendido entre los 2 y 10 años; el 17% (24) fueron mayores de 10 años; y el 15% (21) fueron menores de 2 años. En ninguno de los casos se administró otra vacuna de forma concomitante, siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias, que advertían del elevado porcentaje de episodios febriles presentados tras la vacunación, y recogidos en ficha técnica. En relación a las reacciones adversas, la mayoritaria fue la reacción local en forma de dolor en la zona de punción, que se dio en el 40% de las dosis administradas (69). Otras reacciones fueron fiebre en el 9,2% (16), irritabilidad en el 1,1% (2) y somnolencia, cefalea y bronco-espasmo en un solo caso. Algunos pacientes presentaron reacciones adversas combinadas (dolor en la zona de punción, fiebre, malestar, vómitos, diarrea) en un 25,4% (44). De estos últimos, 30 pacientes tuvieron fiebre además de otras reacciones. En un 22,5% (39) no presentaron ningún tipo de reacción. El inicio de la reacción adversa se produjo mayoritariamente en el intervalo de las 4 a 8 horas post-administración. Se administró antitérmico/analgésico en 97 de las dosis administradas, precisando tan solo una toma en el 54%.

**Conclusiones.** La principal reacción adversa de la vacuna meningocócica B es la reacción local en forma de dolor en la zona de punción. La fiebre, de estar presente, no superó en la mayoría de los casos los 38°C y afectó más al grupo de menores de 2 años.



## BRONQUIECTASIAS NO FQ (FIBROSIS QUÍSTICA). REVISIÓN DE CASOS. Jiménez Jiménez P, Rodríguez Bodero S, Pérez España A, Gacimartin Valle P, Marcos Temprano M. Servicio de Neumología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** En un 25-50% de los casos de bronquiectasias (BQE) no relacionadas con la fibrosis quística (FQ) no se llega a determinar su causa. La etiología postinfecciosa junto con la aspiración de cuerpo extraño e inmunodeficiencias son las más frecuentes en pediatría. Presentamos 3 casos diagnosticados en los últimos 2 años.

**Casos clínicos. Caso 1:** Mujer, 4 años, remitida por tos persistente. Antecedentes personales (AP): sibilancias de repetición desde los 8 meses; bronconeumonía (gripe A y adenovirus) a los 2 años; neumonía (Metapneumovirus y Enterovirus) a los 2 años 3 meses. Pruebas alérgicas, alfa1 antitripsina, mantoux, ionotest, pHmetría, serologías víricas, estudio autoinmunidad y función pulmonar normales. Inversión cociente CD4/CD8 y nº limitado de células plasmáticas IgG. TAC torácico: atelectasia segmentaria en LM con BQE por tracción, BQE tubulares en LII con engrosamientos peribronquiales. Tratamiento: Budesonida, broncodilatadores y suero hipertónico inhalados, Azitromicina oral y Fisioterapia. Evolución con exacerbaciones infecciosas frecuentes, sin aislamiento microbiológico y función pulmonar estable. **Caso 2:** Mujer, 10 años, remitida por neumonías de repetición. AP: prematuridad, neumonías de repetición (16 episodios en primeros 3 años de vida) meningitis enterovírica a los 6 años, apendicitis a los 9 años, varicela complicada a los 10 años. Phmetría: RGE moderado. RMN abdomen: atrofia páncreas. Linfopenia persistente con M.O. levemente hipocelular y disminución de serie granulocítica. Fibrobroncoscopia: hiperreactividad bronquial y broncorrea. TAC: BQE paramediastínicas y engrosamiento peribroncovasculares. Espirometría: patrón obstructivo leve. Ionotest y genética FQ, A1AT, estudio inmunidad y alergia, FeNO, mantoux, serologías y estudio discinesia ciliar normales. Tratamiento: salmeterol/fluticasona y broncodilatadores, antibioterapia en exacerbaciones y fisioterapia. Evolución: disminución de frecuencia de exacerbaciones con función pulmonar estable. **Caso 3:** Mujer, 13 años, remitida por BQE. AP: Síndrome de Poland e hipoplasia pulmonar dcha, neumonías de repetición, colonización por Pseudomona, escoliosis secundaria intervenida, infección tuberculosa y malnutrición severa. Espirometría: patrón mixto severo (FEV1 22%, FVC 23%). TAC: Atelectasias y BQE tubulares bibasales, BQE paramediastínicas, y múltiples parcheados seudonodulares. Tratamiento: ventilación no invasiva nocturna, oxigenoterapia con exacerbaciones, broncodilatadores y colimicina inhalados y fisioterapia.

**Conclusión.** La presencia de BQE nos obliga a descartar FQ, inmunodeficiencias, alteraciones anatómicas respiratorias y discinesia ciliar entre otros. Los pilares básicos de su tratamiento son la fisioterapia y el tratamiento intensivo de las infecciones respiratorias, mientras que otras terapias como mucolíticos, corticoides y broncodilatadores tienen una eficacia controvertida.

## BRONQUIOLITIS AGUDA EN LACTANTES EN NUESTRO HOSPITAL EN EL PERIODO EPIDÉMICO 2015-2016. Fernández Villar AM, Fernández Rodríguez AN, Guevara Caviedes LN, Puerta Pérez MP, Gálvez Criado R, Lapeña López de Armentía S. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). León.

**Introducción.** La bronquiolitis aguda es una enfermedad viral típica de los meses de invierno que afecta a pacientes menores de 2 años de vida. La etiología más frecuente sigue siendo el virus respiratorio sincitial (VRS). El manejo de esta entidad puede llevarse a cabo de manera ambulatoria, aunque en determinadas circunstancias necesitan de ingreso hospitalario para vigilancia clínica y tratamiento.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se revisa los informes de alta de nuestro hospital donde conste como diagnóstico al alta bronquiolitis aguda, incluyendo pacientes menores de 2 años, ingresados en la planta de hospitalización pediátrica y/o Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), analizando variables clínicas y epidemiológicas, considerando significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Obtenemos 103 pacientes, 61 de ellos de sexo masculino, cuya mediana de edad de ingreso fue de 2 meses (rango 0-20). Mayoría ingresos en diciembre (39,8%) y enero (34%). El 72,8% presentaron un score de moderado. La prueba más solicitada fueron los virus respiratorios al 99% de los pacientes, el 58,3% de ellos positivo para VRS. Se ha observado relación entre la necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y el score de gravedad al ingreso ( $p < 0,05$ ). Relación entre la gravedad al ingreso y un ingreso más prolongado ( $p < 0,05$ ). Relación entre número de días ingresados y pruebas solicitadas ( $p < 0,05$ ). Relación entre ingreso prolongado y presencia de más de un virus respiratorio ( $p < 0,05$ ). Analizando detalladamente la relación VRS positivo (VRS+) con evolución clínica, se ha observado relación significativa con la necesidad de oxigenoterapia, con una Odds ratio 3,48 (intervalo confianza 95% 1,4-8,3). Relación entre Sexo masculino y VRS+ ( $p > 0,05$ ); OR 0,46 (IC 95% 0,20-1,06). Relación prematuros y VRS ( $p > 0,05$ ); OR 0,49 (IC 95% 0,19-1,25).

**Conclusiones.** Se observa en nuestra muestra una mediana de ingreso por debajo de los seis meses de vida. El virus más frecuentemente implicado es el VRS, estando este más asociado a una necesidad mayor de oxigenoterapia. El sexo masculino es el que más necesita ingreso por bronquiolitis, no obstante parece ser un factor protector frente la infección por VRS. La prematuridad parece ser un factor protector frente la bronquiolitis VRS+, esto puede ser debido a la correcta prevención en estos pacientes de riesgo con el Palivizumab.

## BROTE EPIDÉMICO DE ENTEROVIRUS: SIMILITUDES Y DISCORDANCIAS CON LA LITERATURA. Garrido Barbero M<sup>1</sup>, Valencia Ramos J<sup>1</sup>, Pérez Rodríguez M<sup>1</sup>, Mirás Veiga A<sup>1</sup>, Hernández Frutos E<sup>2</sup>, Arnaez Solís J<sup>1</sup>, Esteban Sanz R<sup>1</sup>, Conejo Moreno D<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínico-analíticas, radiológicas y evolución neurológica de la epidemia por enterovirus producida entre los meses de mayo y agosto de 2016.

**Pacientes y método.** Estudio observacional retrospectivo descriptivo-analítico. Se recogen todos los pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Burgos y Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero con detección de enterovirus en muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR), heces, aspirado nasofaríngeo y/o frotis faríngeo.

**Resultados.** El número total de pacientes incluidos fue de 16, 50% varones. La media de edad fue de  $1,9 \pm 1,1$  años, con predominio del grupo de los menores de 2 años (56,3%). Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (93,8%), los vómitos (68,8%), las mioclonías (56,3%) y la ataxia (56,3%). El cuadro clínico más frecuente fue la rombencefalitis (75%) seguido de la meningitis aséptica (18,8%) y la encefalitis (6,3%). Se observó un predominio de meningitis aséptica en los menores de 1 año (18,8% vs 0%  $p = 0,002$ ). La PCR fue positiva para enterovirus en el 18,8%, agrupándose en los  $< 1$  año ( $p = 0,002$ ), en el resto su aislamiento fue en heces, frotis faríngeo, exudado faríngeo o combinación de estos. El virus fue genotipado en el 43,7% de los pacientes ( $n = 7$ ), todos ellos enterovirus 71 (E71), ninguno de ellos se identificó en muestras de LCR. En el 31,3% de los pacientes se realizó

resonancia magnética (RM), en todos ellos sin hallazgos patológicos. La estancia media fue de  $6,5 \pm 3,1$  días. En ningún paciente se observaron secuelas permanentes.

**Conclusiones.** Presentamos una de las series más largas de casos con afectación neurológica descrita en nuestro país con inclusión de E71. Pese a que la clínica neurológica fue la predominante en nuestra serie, la detección de enterovirus en LCR fue baja, no aislándose E71 en ninguna de las muestras de LCR en las que se realizó genotipado. En la RM no se describieron alteraciones. Las mioclonías han sido uno de los síntomas más frecuentes, permitiendo en muchos casos la identificación precoz de un cuadro de rombencefalitis.

**VALIDACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO PARA IDENTIFICAR LACTANTES FEBRILES CON TIRA DE ORINA ALTERADA Y BAJO RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA INVASIVA.** Velasco R<sup>1</sup>, Gómez B<sup>2</sup>, Hernández-Bou S<sup>3</sup>, Olaciregui I<sup>4</sup>, de la Torre M<sup>5</sup>, González A<sup>6</sup>, Rivas A<sup>7</sup>, Rubio A<sup>8</sup>. <sup>1</sup>Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia). <sup>3</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. <sup>5</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario del Niño Jesús, Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. <sup>7</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.

**Introducción.** En 2015 se publicó un modelo predictivo para infección bacteriana invasiva (IBI) en lactantes febriles menores de 90 días de vida con tira de orina alterada (Velasco et al, 2015). El objetivo de este estudio es validar externamente un conjunto de criterios de bajo riesgo de IBI en lactantes febriles con tira de orina alterada.

**Diseño.** Estudio retrospectivo multicéntrico en el que participaron 9 hospitales españoles. Se incluyeron lactantes menores de 90 días de vida con tira de orina alterada (test de leucocito-esterasa y/o de nitritos positivos). Según el modelo predictivo testado, un lactante se consideraba de bajo riesgo de IBI cuando presenta todos los siguientes criterios: buen aspecto a su llegada a urgencias, edad superior a 21 días, valor de procalcitonina y de proteína C reactiva (PCR) en sangre menores de 0,5 ng/ml y 20 mg/L, respectivamente. Los pacientes se excluyeron si alguno de los criterios del modelo era desconocido o si no se extrajeron muestras para cultivo de sangre y orina. Se definió IBI como el aislamiento de un único germen patógeno en un cultivo de sangre o de líquido cefalorraquídeo (LCR). Se consideró IBI secundaria a infección de orina (ITU) si el germen aislado en sangre y/o LCR era el mismo encontrado en el cultivo de orina.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 391 pacientes con tira de orina alterada. Treinta (7,7%) de los cuales presentaron una IBI, 26 (86,7%) de ellas secundarias a ITU. Según el modelo predictivo, 104 (26,6%) fueron clasificados como pacientes de bajo riesgo. Dos (1,9%) de los pacientes de bajo riesgo presentaron una IBI vs un 9,7% de los lactantes no clasificados como de bajo riesgo, aunque en uno de ellos creció una *Moraxella catarrhalis*, sospechoso de ser contaminante. La sensibilidad del modelo fue del 93,3% (IC 95% 78,7-98,2) y el valor predictivo para negativos del 98,1% (93,3-99,4).

**Conclusión.** Aunque nuestro modelo mostró menor precisión en la cohorte de validación, continúa mostrando un buen valor predictivo para detectar IBI. Se precisan estudios prospectivos, con un tamaño muestral mayor y teniendo en consideración el rol de la observación en la unidad de urgencias, antes de su incorporación a la práctica clínica habitual.

**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PADRES DE GRANDES PREMATUROS A LOS 5, 6 Y 7 AÑOS DEL NACIMIENTO.** Gutiérrez Alonso S<sup>1</sup>, Martínez Pérez L<sup>1</sup>, Alcántara Canabal L<sup>1</sup>, Fernández Baizán C<sup>2</sup>, Arias Llorente RP<sup>1</sup>, Solís Sánchez G<sup>1</sup>, Méndez López M<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Área de Gestión clínica de Pediatría. Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. <sup>2</sup>Facultad de Psicología. Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA). Universidad de Oviedo.

**Objetivos.** Valorar la calidad de vida de padres de una cohorte de niños nacidos con bajo peso (< 1.500 g) entre los años 2009 y 2011. Medir el nivel de estrés de los padres mediante la escala de estrés parental, valorar la sobrecarga familiar mediante el cuestionario de Zarit modificado y evaluar la funcionalidad de las familias a través del test de APGAR familiar. Comparar variables de los recién nacidos (peso, edad gestacional, edad cronológica) y variables sociodemográficas de la familia con los valores obtenidos en los test usados para valorar la calidad de vida de las familias.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de casos de padres de niños prematuros con peso <1.500 g. La muestra está formada por padres de niños nacidos con bajo peso con ingreso en UCIN en HUCA entre 2009-2011. El estudio se realizó entre noviembre de 2015 y junio de 2016. Es estudio piloto, albergado dentro del estudio "Influencias de los parámetros somatométricos en la evolución neuropsicológica de los grandes prematuros"

**Resultados.** El tamaño muestral es de 33 recién nacidos, 17 mujeres y 16 varones, con un peso medio al nacimiento de 1.127 g, una edad gestacional media de 29,7 semanas y un estancia media de ingreso en la UCIN de 41,4 días.

Al analizar el cuestionario de Zarit, no se encontraron datos significativos que indiquen mayor nivel de sobrecarga relacionado con la edad gestacional ( $p=0,928$ ), el peso al nacimiento ( $p=0,842$ ), la edad actual del niño ( $p=0,545$ ) ni los datos socio-económicos de la familia. Tampoco hay datos relevantes respecto a la relación de estrés parental con los parámetros antes señalados. Donde encontramos una relación es en la funcionalidad de la familia, medida mediante el test de APGAR familiar, y el peso al nacimiento ( $p=0,027$ ).

**Conclusiones.** El nivel de estrés de los padres no presenta puntuaciones altas en ningún caso. Al valorar la sobrecarga de cuidados mediante la escala Zarit solo se detectó sobrecarga leve en 2 casos. La funcionalidad de las familias medida mediante el test de APGAR obtuvo puntuaciones normales en todos los casos. Al realizar las comparaciones entre los factores neonatales y socio-económicos con los niveles de estrés, sobrecarga y funcionalidad de las familias no encontramos diferencias estadísticamente significativas más que en uno de ellos; es en la relación entre el peso y la funcionalidad de la familia medida mediante el test de APGAR.

**¿CUÁNTO DOLOR PODEMOS EVITAR AL VACUNAR?** Ochoa Sangrador C, de Fuentes Ortiz M. Servicio de Pediatría. Escuela de Enfermería de Zamora. Complejo Asistencial de Zamora.

**Introducción y objetivos.** Aunque existe suficiente evidencia publicada que apoya la eficacia de distintas medidas no farmacológicas para reducir el dolor y el llanto en la vacunación infantil, el uso de estas medidas sigue siendo muy limitado. Ninguna revisión previa ha cuantificado de forma agrupada la eficacia de estas medidas. Nos planteamos revisar sistemáticamente la evidencia publicada sobre la eficacia de las soluciones azucaradas (sacarosa o glucosa) y la lactancia materna para aliviar el dolor en la vacunación infantil y estimar el efecto esperado de dichas intervenciones.



**Material y métodos.** Revisión sistemática con metanálisis. La búsqueda se realizó en las bases de datos: PubMed, Scopus, Cochrane Library, Trip Data Base e Ibecs. Se seleccionaron ensayos clínicos realizados en niños menores de 4 años que iban a ser vacunados en los que se comparaba la administración de soluciones azucaradas (glucosa, sacarosa) o lactancia materna frente a otras intervenciones.

**Resultados.** Se seleccionaron 29 estudios. La mayoría de los estudios muestran que el uso de soluciones azucaradas o lactancia materna reducen significativamente la duración del llanto (soluciones azucaradas -31,55 segundos [IC 95% -44,46 a -18,64]; lactancia materna -42,35 segundos [IC 95% -72,19 a -12,51]) y la intensidad del dolor (diferencia de medias estandarizada con soluciones azucaradas diferencia de medias estandarizada -0,9 [IC 95% -1,25 a -0,55]; con lactancia materna: -1,45 [IC 95% -1,86, -1,04]) en la vacunación. Los estudios publicados presentaban una importante heterogeneidad metodológica y estadística.

**Conclusiones.** Las soluciones azucaradas (sacarosa o glucosa) y la lactancia materna reducen el dolor en la vacunación infantil. El tamaño del efecto estimado resulta clínicamente importante, aún asumiendo que tanto las intervenciones como la medición del dolor son muy heterogéneas. Considerando la favorable relación beneficio-coste de estas intervenciones no se justifica prescindir de ellas en la vacunación.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL BROTE DE INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA EN ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN.

Hedrerá Fernández A<sup>1</sup>, Sariego Jamarido A<sup>2</sup>, Rodríguez Fernández C<sup>3</sup>, Arribas Arceredillo M<sup>1</sup>, Maldonado Ruiz E<sup>4</sup>, Bermejo Arnedo I<sup>5</sup>, Ortiz Medinaveitia S<sup>6</sup>, Camina Gutiérrez AB<sup>7</sup>, Málaga Diéguez I<sup>8</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>4</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Complejo Asistencial de Palencia. <sup>5</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Universitario de Salamanca. <sup>6</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Complejo Asistencial de Soria. Hospital Santa Bárbara. <sup>7</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. <sup>8</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Universitario Central de Asturias.

**Objetivos.** Investigar la incidencia y características clínicas de la infección por *Enterovirus* con afectación neurológica en las Comunidades Autónomas de Asturias, Cantabria y Castilla y León durante el brote del año 2016.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo multicéntrico. Revisión de historias clínicas de los pacientes de 0 a 16 años hospitalizados con diagnóstico de infección por *Enterovirus* confirmado microbiológicamente en LCR, lavado nasofaríngeo o frotis rectal, con clínica neurológica aguda en relación con dicha infección, entre el 01/01/2016 y el 30/09/2016.

**Resultados.** Se han registrado 37 pacientes con una media de edad de 3 años y 7 meses, con un pico de incidencia de mayo a julio de 2016. Todos los casos presentaron fiebre, asociada a vómitos (60%), irritabilidad (50%), cuadro catarral (27%) y/o exantema (25%). La afectación neurológica se puede clasificar en meningitis-cefalea, rigidez nucal, meningismo (un tercio), rombencefalitis-afectación troncocefálica (16%, de las cuales todas requirieron ingreso en UCIP) en tres casos con mielitis cervical asociada, encefalitis-somnolencia, alteración conductual (14%, requiriendo 4 casos ingreso en UCIP), cerebelitis-ataxia, temblor, dismetría (11%) y combinaciones de las anteriores: meningoencefalitis (11%) y meningocerebelitis (17%). Excluyendo las meningitis, del resto de casos el 50% de pacientes recibió inmunoglo-

bulina inespecífica intravenosa (incluyendo todos los casos de rombencefalitis). 7 pacientes con cuadros más graves recibieron además corticoterapia sistémica. 2 pacientes recibieron fluoxetina. El 77% de los casos se recuperó de forma completa, mientras que ocho de los casos presentaron secuelas, destacando tres casos de parálisis flácida aguda/subaguda, en dos de los cuales se ha tipificado el sero/genotipo D68. En 6 pacientes se tipificó el sero/genotipo A71.

**Conclusiones.** A lo largo de 2016 se ha detectado en Asturias, Cantabria y Castilla y León un aumento del número de pacientes pediátricos con enfermedad neurológica aguda asociada a infección por *Enterovirus*, más allá de las meningitis habituales –que siguen constituyendo el grupo más numeroso–, provocando casos de rombencefalitis y parálisis flácida aguda.

#### CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS.

Domínguez Cendal G, Gutiérrez González EP, San Feliciano L, Sánchez M, Vegas M, Polo M, Pavón T, Arévalo N. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

La infección por citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en países desarrollados con una prevalencia del 0,3-2,4% de todos los recién nacidos, siendo una de las principales causas de retraso psicomotor y sordera neurosensorial de origen infeccioso.

**Objetivos.** Describir la población de recién nacidos con infección congénita por CMV ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca (HUSA) en los últimos 15 años. Diferenciar las infecciones causadas por primoinfección materna durante la gestación de aquellas causadas por reactivación/reinfección. Describir las características del cuadro clínico en el momento del diagnóstico, así como el tratamiento recibido.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, mediante recogida de datos de historias clínicas de los recién nacidos diagnosticados de infección congénita por CMV entre Enero del 2000 y Octubre 2016 en HUSA. Análisis estadístico: IBM SPSS Statistics 22.

**Resultados y conclusiones.** En los últimos 15 años se diagnosticaron 7 casos de CMV congénito en nuestro centro, 42,8% fueron mujeres, con media de peso 3144g (1015g-3960g), 14,3% fueron prematuros, 14,3% CIR y 14,3% presentaron microcefalia. La relación primoinfección materna por CMV frente a reinfección/reactivación fue 72% frente 28%. En el 42,8% se sospechó prenatalmente por anomalías ecográficas y en el 57,2% se realizó el diagnóstico por clínica neurológica, hepática o no superar PEATC en período postnatal. Todos recibieron tratamiento con Ganciclovir iv. Se ha observado la importancia de realizar cribado de PCR CMV en orina a aquellos niños que no superan PEATC, aun sin otros síntomas (28,6% de casos en nuestra serie), dado que el inicio precoz del tratamiento reduce la tasa de hipoacusia neurosensorial y de secuelas a largo plazo.

#### DERRAME PLEURAL: COMPLICACIÓN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Merayo Fernandez L, Peñalba Citores AC, Pereira Bezanilla E, Otero Vaccarello O, Vazquez Canal R, Perez Santos AB, Garmendia Amunarriz M, Suarez Alonso J. Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** Las complicaciones de las neumonías adquiridas en la comunidad son poco frecuentes. Se estima que entre 0,6 y 2% del total de las mismas en la evolución desarrollan empiema pleural y del total de las neumonías que requieren ingreso, se observa hasta en un 40% derrame pleural asociado. El *S. pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *S. aureus* son los microorganismos principalmente implicados en la patogenia. Los gérmenes anaerobios también se asocian a la presencia de

derrame pleural, cursando de forma subaguda. Realizamos una revisión descriptiva de los casos de neumonía adquirida en la comunidad, que requirieron ingreso hospitalario y de estos cuales presentaban derrame pleural al diagnóstico o en la evolución. Se recogieron datos epidemiológicos, síntomas de presentación, comorbilidades, variables clínicas, tiempo medio de estancia, tratamientos y procedimientos realizados.

**Caso clínico.** Del total de ingresos por neumonía adquirida en la comunidad, se observó derrame pleural en 7 casos que suponen el 6,86%. La forma de presentación fue variable, presentado en el 12,5% de los casos dolor de características pleuríticas. El 25% de los casos presentaba afectación del estado general en el momento del ingreso y 87,5% presentaban dificultad respiratoria (quejido, polipnea y signos externos de dificultad respiratoria). Se realizó Rx de tórax en todos los casos, observándose línea de derrame en 2 casos y en 4 derrame >5 mm, realizando ecografía en estos últimos. No precisaron en ningún caso tratamiento fibrinolítico. En cuanto a los antecedentes personales, dos de los casos presentaban patología de base: un paciente cardiopata (VD de doble salida, TGV, y CoA) y asmático y otro con patología neurológica residual secundaria a meduloblastoma; el resto, no tenían antecedentes de interés. El 50% de los casos no habían recibido vacunación antineumocócica. El 62,5% de los pacientes con derrame, precisó ingreso en UCIP. Todos los casos recibieron tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro. En todos los casos se objetivó leucocitosis con desviación izquierda y solo en un caso se constató cifra de PCR mayor de 10 mg/dl. En el 100% de los mismos, el hemocultivo fue estéril, no aislándose microorganismos. De estos solamente en tres de los casos se aisló *Ag. neumococo* en orina. En otro de los casos de aisló *Mycoplasma Ig M* positiva; el *S. pyogenes* se aisló en uno de los casos y en los tres restantes, no se identificó el agente etiológico. El tiempo medio de estancia fue variable, siendo mayor en los que requirieron ingreso en UCIP. Precisaron oxigenoterapia suplementaria, sin necesidad de ventilación no invasiva.

**Comentario.** Tras el análisis realizado se confirma en nuestra serie que la presencia de complicaciones es poco frecuente en el total de de neumonías adquiridas en la comunidad; de estos 3 de los casos no precisaron tratamiento invasivo (toracocentesis) y todos tuvieron evolución favorable a largo plazo sin lesiones residuales. La situación clínica, sobre todo la dificultad respiratoria, y el tamaño del derrame son determinantes en la toma de decisiones. Ante dudas de la existencia o tamaño de derrame pleural se debe realizar ecografía transtorácica.

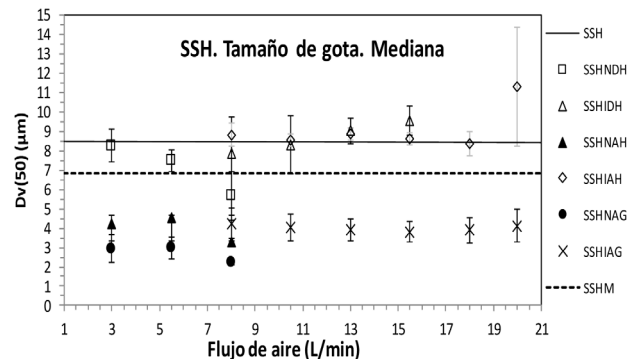
**EFICACIA DE UN NUEVO SISTEMA DE NEBULIZACIÓN INCORPORADO A LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (SINEOAF) PARA PACIENTES CON BRONQUIOLITIS.** Valencia Ramos J, Arnáez Solís J, Mirás Veiga A, Beltrán Calvo S, Ochoa Sangrador C, Angulo Martínez C, Terán Santos J, Benito Moreno JM. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

**Objetivos.** Comparar la eficacia *in vitro* de un nuevo sistema de nebulización incorporado en el soporte de oxigenoterapia de alto flujo (SiNeOAF) frente al sistema convencional de nebulización tipo "jet" con mascarilla (SiNeC) mediante el análisis del tamaño de partículas nebulizadas en ambos casos. Analizar en el caso del SiNeOAF la influencia en dicho tamaño colocando el nebulizador en distintas posiciones y empleando diferentes flujos de aire y fármacos que asemejen las condiciones clínicas de los pacientes con bronquiolitis aguda.

**Material y métodos.** Se empleó el sistema de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) con cánulas nasales neonatales (N) para flujos de aire de 3, 5,5 y 8lpm e infantiles (I) para 8, 10,5, 13 y 15lpm. Para el sistema convencional el nebulizador usado fue de tipo "jet" con mascarilla (*Cirrus 2 Paediatric*). En el nuevo sistema (SiNeOAF) se empleó un nebulizador

ultrasónico (*Aerogen*) colocado antes y después del humidificador (AH y DH) y un nebulizador tipo "jet" con adaptador (*OPT016 Optiflow*) antes de la gafa/cánula (AG). La distribución del diámetro de gota nebulizada (Dv50) de los 3 fármacos (salbutamol, suero salino hipertónico (SSH) y adrenalina) se realizó mediante un láser de difracción colocándose inicialmente a la salida de cada nebulizador y posteriormente al final de la cánula nasal.

**Resultados.** La gráfica muestra el tamaño medio de las partículas nebulizadas (Dv50) en las distintas condiciones para el SSH (misma tendencia con el salbutamol y la adrenalina).



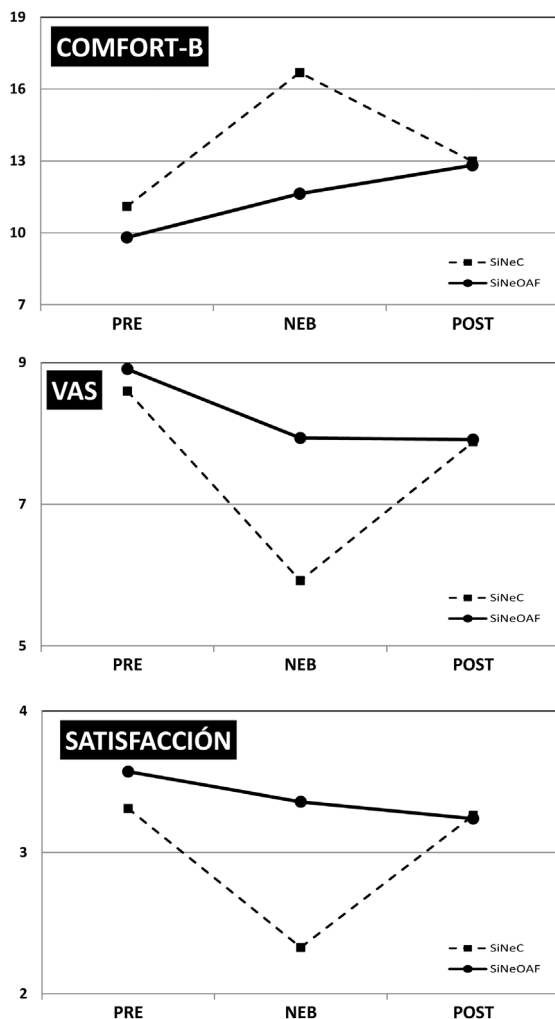
**Conclusiones.** Dado que un tamaño de partícula menor de 6 µm es fundamental en la eficacia de cualquier nebulización, la aerosolterapia con el nuevo sistema (SiNeOAF) ha mostrado resultados prometedores al compararse con el sistema convencional de nebulización.

**ESTUDIO PILOTO SINEOAF: ANÁLISIS DEL CONFORT CON UN SISTEMA DE NEBULIZACIÓN INCORPORADO A LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS.** Valencia Ramos J, Arnáez Solís J, Mirás Veiga A, Hernández Frutos E, Esteban Esteban E, López Vilboa C, Gutiérrez Moreno M, Ochoa Sangrador C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

**Objetivos.** Analizar y comparar el confort y la satisfacción generada en pacientes ingresados por bronquiolitis empleando un sistema de nebulización incorporado al alto flujo (SiNeOAF) frente al sistema de aerosolterapia convencional sistema jet con mascarilla (SiNeC).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo randomizado (piloto) comparando el confort generado con el sistema SiNeOAF frente al SiNeC en pacientes con bronquiolitis ingresados en dos hospitales. El confort se midió con la escala COMFORT-B (5-30ptos, 5 máx. confort), escala VAS (0-10ptos, 10 máx.) y escala de satisfacción percibida en familiares y personal sanitario (0-4ptos, 4 máx.), para ambos sistemas antes, durante y después de cada nebulización. Análisis estadístico mediante ANOVA de medidas repetidas para cada escala teniendo en cuenta el número de nebulizaciones por paciente, método empleado, tiempo ingreso y escala de gravedad de bronquiolitis (escala HSJD).

**Resultados.** 113 nebulizaciones (64 SiNeOAF y 49 SiNeC) en 6 pacientes, edad media 2,25±1,57 meses y gravedad bronquiolitis de 7,83±2,04 puntos. Se observó mejoría del confort y la satisfacción por parte de profesionales (*gráficas*) y de los familiares con el nuevo sistema (SiNeOAF) frente al convencional. Las medias marginales (IC95%) durante la nebulización en las 3 escalas usadas (COMFORT-B, VAS y Satisfacción) al emplearse sistema SiNeOAF frente al convencional fueron: 11,63 (10,02 a 13,25) vs 16,68 (14,81 a 18,57), 7,94 (7,21 a 8,66) vs 5,92 (5,08 a 6,77) y 3,84 (3,61 a 4,07) vs 1,83 (1,58 a 2,08) respectivamente.



**Conclusiones.** En el paciente con bronquiolitis que reciba tratamiento con OAF y aerosolterapia, el empleo de un sistema de nebulización integrado en el soporte respiratorio genera mayor confort y satisfacción que las nebulizaciones con el nebulizador convencional.

**EXANTEMAS ATÍPICOS POR FAMILIA HERPES.** Sánchez Moreno MG<sup>1</sup>, González Martín L<sup>1</sup>, Pérez Gutiérrez E<sup>1</sup>, Díez Monge N<sup>1</sup>, Palacio Tomás L<sup>1</sup>, de Ponga López P<sup>1</sup>, Domínguez M<sup>2</sup>, Centeno Malfaz F<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio Microbiología. Hospital Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Presentar tres casos atípicos de infecciones por familia herpesvirus

**Material y método.** Revisión de las historias clínicas digitalizadas de los pacientes ingresados por exantemas por familia de herpesvirus.

**Resultados.** *Caso 1:* Niño de 15 meses, antecedente de dermatitis atópica, vacunado 7 días antes de varicela. Presenta lesiones vesiculosas umbilicadas, en fase ampollosa, y costrosa en tronco, extremidades, cara y cuero cabelludo, muy pruriginosas; sobre exantema generalizado micromaculoso, de 4 días de evolución. Asocia afectación del estado general, y fiebre (máxima 39,2°C). Se inicia amoxicilina-clavulánico y aciclovir intravenoso y fomentos secantes de sulfato de Zn. Se solicita PCR de virus del líquido de las vesículas que es positiva para VVZ. Dado el antecedente vacunal se solicita serotipaje al Centro Nacional de Microbiología, confirmando origen salvaje

del virus. Buena evolución clínica de las lesiones, se decide alta el 6º día de ingreso. *Caso 2:* Niña de 3 años, antecedente de dermatitis atópica, no vacunada de varicela, que refiere brote de eccema atópico con mala respuesta a corticoide tópico la semana previa, con lesiones vesiculosas aisladas en la extremidad inferior. Desarrollo progresivo de un exantema generalizado eritematoso, papular y descamativo, con fisuras periorculares y labiales, asociando fiebre, irritabilidad y afectación marcada del estado general. En la analítica destaca una leucocitosis con desviación izquierda (13.400/mcl y 77%N) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 193 mg/L, PCT 18,04 ng/ml). Ante la sospecha de síndrome de escaldadura estafilocócica secundario a lesiones por varicela se decide inicio de antibioterapia con clindamicina cloxacilina y aciclovir iv, el hemocultivo (positivo para S.aureus meticilin sensible), los frotis conjuntival y nasal positivos para S.aureus y la PCR en líquido vesicular positivo para VVZ confirmaron el diagnóstico. *Caso 3:* Niño de 2 años sin antecedentes dermatológicos reseñables, que presenta tras traumatismo superficial en región palpebral, una lesión costrosa y vesiculosa con exudado mielicérico. Asocia queratitis con leve infiltración subepitelial. Se inicia tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico y aciclovir y la aplicación de fomentos secantes de sulfato de zinc. El estudio de PCR del exudado de la lesión fue positivo para VHS-1.

**Conclusiones.** El antecedente de dermatitis atópica confiere una mayor gravedad y atipicidad en las infecciones por varicela zoster. El antecedente traumático previo a un exantema o lesión vesiculosa debe relacionarse con la etiología herpética. Es necesario mantener un alto nivel de sospecha ante exantemas atípicos con escasas lesiones vesiculosas, y descartar complicaciones potencialmente graves con el síndrome de escaldadura estafilocócica.

**MALARIA GRAVE: IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE ELECCIÓN.** Elizondo Alzola A<sup>1</sup>, Garrido Barbero M<sup>1</sup>, Valencia Ramos J<sup>1</sup>, Peña Busto A<sup>2</sup>, Serrano Madrid ML<sup>2</sup>, Ibáñez Llorente R<sup>1</sup>, Aguerrevere Machado M<sup>1</sup>, Bernués López E<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santa Bárbara. Soria.

**Introducción.** La malaria es una enfermedad infecciosa, producida por 5 especies del protozoo *Plasmodium spp*, siendo su vector principal la hembra del mosquito Anopheles. La forma complicada viene determinada por una serie de características clínico-analíticas, considerándose malaria cerebral cuando existe una alteración de conciencia no atribuible a otras causas.

**Caso clínico.** Niño de 8 años que consultó por fiebre de 5 días de evolución a pesar de tratamiento antibiótico por diagnóstico previo de faringoamigdalitis. Como antecedente viaje a Gambia durante 2 meses, profilaxis antipalúdica adecuada y llegada a España 5 días antes. Se decidió ingreso por sospecha de malaria que se confirmó por gota gruesa e inmunocromatografía, identificándose en esta parásitos de la especie *P. Falciparum*. Durante su estancia presentó anemia con características hemolíticas hasta 8,1 g/dl (valor inicial 13,3g/dl) y el 5º día disminución del nivel de conciencia junto con ictericia y bilirrubina sérica >3 mg/dl, por lo que ante criterios de malaria complicada se trasladó a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de referencia. En la UCIP no se objetivaron datos de hipertensión intracraneal. Presentó una mejoría clínica con desaparición de la encefalopatía tras transfusión sanguínea e inicio del tratamiento con artesunato intravenoso, pasando a vía oral con artemeter-lumefantrina a las 48 horas. Progresión clínica posterior sin presentar convulsiones ni otros datos de complicación neurológica. Tras la mejoría del cuadro, permaneció ingresado en planta hasta finalizar tratamiento antimalárico. Seguimiento posterior en consulta normal.



**Conclusiones.** "Visiting Friends and Relatives" son un grupo de alto riesgo de malaria, debiendo ser sospechada a pesar de haber recibido tratamiento profiláctico. Ante la disminución del nivel de conciencia, es necesario un diagnóstico diferencial antes de definir el caso como malaria cerebral. El artesunato intravenoso se ha mostrado como tratamiento de elección en los casos de malaria complicada pudiendo continuar el tratamiento por vía oral con terapias combinadas, tal y como se realizó en nuestro caso con artemeter-lumefantrina.

#### Sábado 5 de noviembre - Salón Convención

**Moderadores:** Olga González Calderón y  
Fernando Centeno Malfaz

**¿PUEDEN LAS AUSENCIAS TENER UN ORIGEN SINTOMÁTICO?**  
*Carrera García L, Gutiérrez Alonso S, Pérez Basterrechea B, Blanco Lago R, Málaga Diéguez I. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La epilepsia ausencia de la infancia es considerada como una epilepsia generalizada idiopática (EGI). Las ausencias sintomáticas suponen un 10% de los casos de ausencia. Estas pueden aparecer en individuos genéticamente predispuestos que sufren un daño cerebral, ser secundarias a causas traumáticas, metabólicas o lesiones inflamatorias. Estos pacientes suelen asociar otros tipos de epilepsia más graves y/o algún grado de retraso mental. El pronóstico en estos casos es menos favorable y depende de la patología subyacente. La patogénesis de las crisis de ausencia es multifactorial, su origen poligénico queda reflejado de forma cada vez más patente en la literatura aunque se desconoce el total de las anomalías genéticas existentes. En cuanto a su fisiopatología la teoría que apoya un origen de las ausencias a nivel del núcleo reticular del tálamo es la más aceptada hoy día.

**Objetivo.** Destacar la etiología sintomática de las ausencias a través de 2 casos clínicos.

**Métodos.** *Caso 1:* Niño de 3 años de vida con antecedente de infarto hemorrágico talámico bilateral de predominio izquierdo al nacimiento. Debutó con crisis cerebral a las 12 horas de vida, precisando colocación de una válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Desarrolla una epilepsia focal temporal izquierda inicialmente que responde a tratamiento con VPA. A los 3 años de edad comienza a presentar crisis de ausencia clínicas que se confirman mediante vídeo EEG. Se asocia al tratamiento ESM con buena respuesta. *Caso 2:* Niña de 20 meses de vida con episodios de desconexión del medio y retraso psicomotor. Se confirma en el VEEG epilepsia ausencia de la infancia. Se inicia tratamiento con VPA sin mostrar mejoría. Destaca además en la exploración inestabilidad de la marcha con ampliación de la base de sustentación. Dada la corta edad de la paciente, el retraso psicomotor y la evolución atípica de las crisis de ausencia, se amplían los estudios etiológicos para valorar la existencia de un posible déficit del transportador de glucosa cerebral tipo 1. Se obtiene un Ratio glucosa LCR/plasma de 0,3 que confirma el diagnóstico de sospecha. Se inicia dieta cetógena manteniendo su tratamiento de base con VPA a la misma dosis. En 48 horas se produce un cese completo de las crisis, mejorando de forma progresiva la adquisición de hitos del desarrollo.

**Conclusiones.** Es bien conocido que las crisis de ausencia son el paradigma de la EGI de la infancia. No debemos olvidar que un porcentaje de las crisis de ausencia en la infancia presentan un origen sintomático. Este hecho ocurre con mayor frecuencia en niños que presentan otros tipos de epilepsia, daños cerebrales focales o difusos y en las ausencias que debutan de forma precoz. Por todo ello consideramos que este posible origen debe tenerse en cuenta.

**DISCINESIA AGUDA TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.** *Zamora González N, de Ponga López P, Marbella Polanco Zea P, Sánchez Garrido M, Hedrera Fernández A, Cancho Candela R, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Introducción.** La discinesia aguda inducida por neurolépticos es una reacción adversa secundaria a fármacos que puede ser confundida con otras patologías. Presentamos un caso típico de este cuadro.

**Caso clínico.** Niño de 9 años, con Capacidad Intelectual límite comórbil con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en tratamiento con metilfenidato. Consulta en urgencias pediátricas por dolor facial de 3 horas de evolución, con trastorno de movimiento facial complejo, en el que destaca limitación de mirada extrema a izquierda, apertura de boca asimétrica, con mioclonías finas y espasmo distónico hemifacial que cambia de lado derecho a izquierdo tras unos minutos, así como sialorrea y disartria. No refiere en principio precipitante evidente, pero se interroga específicamente de nuevo sobre fármacos refiriendo tratamiento con risperidona iniciado dos semanas antes. Tras sospecha de reacción extrapiramidal disquinética por neurolépticos, se administra dosis única de biperideno intravenoso con mejoría rápida y desaparición del cuadro. Se suspende tratamiento con risperidona.

**Comentario.** La discinesia aguda inducida por neurolépticos consiste en movimientos anormales e involuntarios al inicio del tratamiento o tras elevación rápida de la dosis. Consiste habitualmente en un síndrome hiperquinético de contracciones musculares involuntarias, repetitivas, rotatorias y sostenidas al final del movimiento, que se presenta de forma súbita fundamentalmente en la región cráneo-cervical. Dada la habitual indicación de neurolépticos en pacientes afectados de patología de neurodesarrollo (discapacidad intelectual, autismo, etc) es importante hacer un adecuado diagnóstico diferencial con múltiples entidades como distonía genética, tics, distonía psicógena, simulación o epilepsia. El tratamiento consiste en anticolinérgicos (biperideno), con evolución habitualmente favorable.

**ENCEFALOPATÍAS EPILÉPTICAS INFANTILES CRIPTOGÉNICAS: CARACTERÍSTICAS ELECTRO-CLÍNICAS DE UNA SERIE MULTICÉNTRICA.** *Hedrera Fernández A<sup>1</sup>, Málaga Diéguez P, Cancho Candela R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Descripción clínica de una muestra de pacientes con encefalopatías epilépticas infantiles, tratando de clasificar a los pacientes en los diversos patrones electro-clínicos.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo multicéntrico. Revisión de historias clínicas de los pacientes de entre 0 a 14 años con diagnóstico de encefalopatía epiléptica de etiología no conocida, en seguimiento por las unidades de Neuropediatría del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y del Hospital Universitario Río Hortega (HURH), que presentan epilepsia de debut antes de los dos años, con difícil control farmacológico; retraso psicomotor o discapacidad intelectual no atribuible a otra causa y pruebas complementarias no explicativas del cuadro clínico.

**Resultados.** Se han registrado 39 pacientes (27 en HUCA, 12 en HURH). El 20% presentan antecedentes familiares de epilepsia y el 10% de discapacidad intelectual. La media de edad al debut de crisis fue de 7 meses, siendo la semiología de estas crisis muy diversa, pudiendo presentar el mismo paciente varios tipos de crisis: crisis convulsiva generalizada (44%), espasmos infantiles (41%), crisis mioclónicas (33%),

otras crisis focales motoras (8%), crisis dialéptica (5%), crisis astática (2,5%). Los hallazgos electroencefalográficos de la serie también son muy variados, destacando el patrón de hipsarritmia (28%) y las anomalías epileptiformes multifocales (14%). Combinando los hallazgos clínicos y electroencefalográficos es posible plantear una clasificación electro-clínica de nuestra serie en las siguientes categorías: síndrome de Ohtahara (2,6%), espasmos infantiles (38%), de los cuales 11 casos con hipsarritmia –síndrome de West– y cuatro sin ella; crisis febriles y espectro Dravet (15,4%) y epilepsia mioclónica (12,8%). Un 30% de pacientes quedaría englobado en un grupo de difícil clasificación. Todos los pacientes recibieron tratamiento con fármacos antiepilepticos desde monoterapia a combinaciones de cuatro fármacos, con refractariedad a largo plazo en el 60%. Se pautó dieta cetogénica en siete pacientes, siendo efectiva en cinco. Todos los casos presentaron discapacidad intelectual límite (7,7%), leve (23%), moderada (7,7%) o severa (48,7%). Las pruebas complementarias analíticas, radiológicas y genéticas realizadas no han permitido averiguar la etiología de cada caso.

**Conclusiones.** Las encefalopatías epilepticas criptogénicas de inicio precoz constituyen un grupo electro-clínico heterogéneo. La discapacidad intelectual se encuentra en relación directa con la refractariedad de las crisis. Dado que las pruebas complementarias habituales no son concluyentes, se requiere emplear métodos superiores, sobre todo enfocados al diagnóstico genético molecular mediante técnicas de secuenciación masiva.

**EPILEPSIA MIOCLÓNICA JUVENIL: NUESTRA EXPERIENCIA RECIENTE.** *Marbella Polanco Zea P<sup>1</sup>, Hedrera Fernández A<sup>1</sup>, Cano del Pozo M<sup>2</sup>, Cancho Candela R<sup>1</sup>, Centeno Malfaz F<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Descripción de casos clínicos de epilepsia mioclónica juvenil, resaltando la semiología de las crisis, el tratamiento y la evolución.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Revisión de historias clínicas de los pacientes de entre 0 a 14 años con diagnóstico de epilepsia mioclónica juvenil en seguimiento por la unidad de Neuropediatría del Hospital Universitario Río Hortega entre el 01/01/2010 y el 30/09/2016.

**Resultados.** Se han registrado 5 pacientes, cuatro de ellos mujeres, con una media de edad de 11 años, que debutaron en todos los casos como sacudidas de extremidades superiores de predominio matutino (mioclonías), a las que el 40% asociaron crisis convulsivas generalizadas y otro 40% ausencias típicas. En el registro electroencefalográfico el 100% de los pacientes presentó una actividad interictal generalizada punta-onda o polipunta-onda a 4-6 Hz, con respuesta fotoparoxística en 2 de los cinco pacientes. Todos iniciaron tratamiento antiepileptico con ácido valproico (60%) o levetiracetam (40%). Uno de los casos requirió sustituir ácido valproico por levetiracetam. Otro de los casos precisó biterapia con levetiracetam y lamotrigina para un mejor control de las crisis convulsivas generalizadas.

**Conclusiones.** La epilepsia mioclónica juvenil es una epilepsia generalizada idiopática frecuente, caracterizada por crisis mioclónicas en extremidades superiores de predominio matutino, que pueden acompañarse de otros tipos de crisis, tales como crisis convulsivas generalizadas o ausencias típicas. En el EEG se registra característicamente una actividad punta-onda o polipunta-onda generalizada interictal entre 3.5 y 6 Hz, con una actividad de fondo normal. Hasta un 40% según nuestra serie puede tener respuesta fotoparoxística. Las opciones terapéuticas son ácido valproico (evitar en mujeres en edad fértil por su efecto teratogénico), levetiracetam, lamotrigina, topiramato, zonisamida o benzodiazepinas, en la mayoría de los casos de por vida.

**EPISODIOS PAROXÍSTICOS: ¿SIEMPRE EPILEPSIA?** *Suárez Alonso L<sup>1</sup>, Sariago Jamardo A<sup>1</sup>, Merayo Fernández L<sup>1</sup>, Fernández Menéndez A<sup>1</sup>, Orozco Sevilla E<sup>2</sup>, González Pérez D<sup>1</sup>, Marco de Lucas E<sup>3</sup>, Pérez Poyato M<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología, <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) son más frecuentes que la epilepsia (10:1) y se estima que aproximadamente el 23% de los pacientes diagnosticados de epilepsia refractaria tienen como diagnóstico final un TPNE. Un vEEG intercrítico normal no descarta el diagnóstico de epilepsia y se estima que hasta un 2-18% de los niños sin epilepsia presentan descargas epileptiformes.

**Casos clínicos. Caso 1:** Varón que a los 9 presenta episodios de caída al suelo con revulsión ocular, vómito y en ocasiones con hipertonia generalizada asociada. Siempre hay un desencadenante claro: enfermedad, traumatismo, etc. Se realiza vEEG que muestra descargas epileptiformes esporádicas frontales derechas por lo que se inicia tratamiento con levetiracetam. A pesar del tratamiento persisten episodios, por lo que se decide retirar levetiracetam con la sospecha de síncope vasovagales. **Caso 2:** Paciente mujer con trastorno del aprendizaje y de conducta que presenta episodios paroxísticos nocturnos a lo largo de toda la noche, consistentes en conducta hipermotora. Se realiza vEEG que no muestra claras anomalías epileptiformes pero dada la frecuencia de los episodios se inicia tratamiento con fármacos antiepilepticos. Nula respuesta al tratamiento, recibiendo politerapia con múltiples efectos secundarios conductuales. Catalogada inicialmente de epilepsia refractaria, se replantea el diagnóstico basándose en la anamnesis y se deriva para monitorización a centro de referencia. Tras registro vEEG prolongado se concluye que los episodios son parasomnias y se retira tratamiento. **Caso 3:** Varón que a los 8 años comienza con episodios consistentes en visualización de luces circulares policromáticas, en algunas ocasiones asociando obnubilación y bradipsiquia. Se realiza vEEG que es inespecífico y TAC craneal normal. Se orienta inicialmente como migraña, pero persisten los episodios. Dada la semiología de los eventos se inicia tratamiento con oxcarbazepina que es efectivo. Asimismo, se realiza RM cerebral que muestra displasia cortical focal parieto-occipital izquierda. **Caso 4:** Mujer a seguimiento por discapacidad intelectual y epilepsia focal criptogénica de debut a los 3-5 meses de edad con crisis parciales complejas. Tras permanecer años libre de crisis, se decide retirada de tratamiento antiepileptico, tras lo cual comienza a presentar episodios paroxísticos nocturnos de aparente desconexión del medio y posterior hipotonía generalizada con mirada fija. Siempre ocurren en la primera mitad del sueño. Se realizan vEEG intercríticos que son normales. Dados los antecedentes de la paciente es derivada para realización de vídeo-PSG nocturna tras la que se concluye que los episodios son parasomnias del sueño NREM (despertares confusionales).

**Comentarios.** Realizar un correcto diagnóstico diferencial entre TPNE y epilepsia es fundamental para evitar iatrogenia y tratamientos innecesarios.

**¿UN CASO DE HEMOFILIA EN UNA MUJER? ALGO NO ENCAJA.** *Oreña VA, Navarro S, Martín S, Nonide L, Bernardo A, García N, Méndez A, Blázquez CJ.* Servicio de Pediatría y Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

**Introducción.** La hemofilia B es una coagulopatía por déficit del factor IX. Su causa suele ser hereditaria transmitida de forma autosómica recesiva ligada al cromosoma X. La hemofilia por presencia de inhibidor (hemofilia adquirida B) es un trastorno extremadamente raro.

Existen pocos casos reportados en la población pediátrica relacionados habitualmente con la presencia de tumores o enfermedades autoinmunes de base así como procesos infecciosos.

**Resumen del caso.** Lactante mujer de 6 meses que consulta por la aparición repentina de una tumoración cefálica sin referir traumatismo previo. No antecedentes familiares ni personales de interés. No refiere síntomas accesorios y en la exploración destaca una tumoración frontal subperióstica de consistencia blanda de 4cm de diámetro. En los estudios complementarios destaca un TTPa alargado (60.60 s) con resto de parámetros normales. Se cuantifican los factores de coagulación destacando un descenso marcado del factor IX (9,70%). Se realiza ecografía y RMN que objetivan una colección de sangre que se extiende desde la sutura frontal hasta la temporal. Se comienza tratamiento con Novoseven con sustitución posterior a Benefix (al estabilizarse el sangrado y tener clara su etiología). Ante la posibilidad diagnóstica de hemofilia B hereditaria *vs* inhibidor contra el factor IX se realiza prueba de mezclas. En la primera prueba, esta logra corregir pero se detectó un fallo en su ejecución. Se repite correctamente y no corrige, confirmando la presencia de inhibidor mediante el test de Kasper por lo que se añaden corticoides al tratamiento. Posteriormente se recibe cariotipo en sangre periférica y secuenciación de F9 junto a la realización de MPLA, todo ello negativo para hemofilia hereditaria. La paciente presentó buena evolución clínica y no presentó más episodios de sangrado, pudiendo retirarse el tratamiento hemostático y dejar solo corticoesteroides. La cuantificación de factor IX en familiares fue normal.

**Conclusiones.** En niños en los que se instaure un episodio hemorrágico grave sin antecedentes personales y familiares de sangrado, más cuando tengan estudios de coagulación previos normales ha de pensarse en esta entidad que constituye una emergencia hemostática que si no recibe tratamiento rápido puede alcanzar una mortalidad cercana que va desde el 32 al 76%.

**MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS.** López Fernández C, Fernández Calderón L, Sánchez Hernández I, Peña Sainz-Pardo E, Pérez Gómez L, Pereira Bezanilla E, Peñalba Citores AC. Hospitalización pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivos.** Describir los casos de infección por Enterovirus con afectación neurológica en la edad pediátrica en periodo epidémico en nuestro centro hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con clínica neurológica por enterovirus en la planta de hospitalización pediátrica del hospital de referencia de la comunidad entre junio y agosto de 2016. Criterios de exclusión: Pacientes menores de 1 mes y mayores de 16 años de edad. Analizados edad, sexo, motivo de consulta, exploración neurológica al ingreso, pruebas complementarias, tratamiento, duración del ingreso y evolución posterior.

**Resultados.** Seleccionados 13 episodios correspondientes a 13 pacientes. Edad media 51,7 meses (61,4% entre 1-4 años), de los cuales el 61,5% fueron niñas, 38,5% niños. Registrado motivo de consulta en el 100% siendo el más frecuente fiebre+inestabilidad 69%. Exploración neurológica al ingreso alterada en el 100%, siendo la sintomatología más frecuente marcha inestable y ataxia 69% y meningismo 46%. Realizada PL en el 100% de los casos, todas ellas con bioquímica de <500 células y glucosa normal. Pruebas de imagen durante el ingreso (TAC en el 61,5%, compatible con la normalidad el 100% y RMN en el 38,4%, de las cuales se objetivó afectación bulbar y del tronco del encéfalo en el 60%). Durante su ingreso, el 23% precisó estancia en UCI, de los cuales el 66% fueron intubados. Recibieron tratamiento

con Aciclovir el 53,8%, antibioterapia empírica el 46% y gammaglobulina iv el 30,7%, que se corresponde a los casos más graves. Se realizó vEEG en el 38,4%, donde de objetivó en todos ellos enlentecimiento de actividad cerebral de fondo en grado variable con exceso de ondas lentas, +- descargas epileptiformes. El enterovirus se aisló mayoritariamente en heces 30,7%, seguido de frotis faríngeo y LCR ambos en el 23%. El tiempo medio de estancia fue de 9,2 días, siendo el máximo 22 días. El diagnóstico más frecuente al alta fue encefalitis 30,7%. La evolución fue favorable en el 100% de los casos, presentando el 15,3% algún síntoma leve al alta.

**Conclusiones.** Debemos sospechar infección por enterovirus en pacientes con clínica neurológica en época epidémica. Se debe buscar PCR de enterovirus en varias muestras biológicas, dada la poca sensibilidad del análisis del LCR. La vigilancia neurológica en estos pacientes debe ser estrecha dada la alta posibilidad de complicaciones durante la infección, a pesar de que la mayoría presenten buena evolución.

**MIELITIS TRANSVERSA AGUDA IDIOPÁTICA.** Pérez Rodríguez M, Garrido Barbero M, Conejo Moreno D, Rodríguez Alonso M, Urquiza Físico JL, Martínez Díaz S, Arribas Montero I, Aja García G. Servicio de pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

**Introducción.** La mielitis transversa aguda engloba un grupo heterogéneo de etiologías con el nexo común de producir una lesión focal inflamatoria de la médula espinal, de forma aguda, con repercusión motora, sensitiva y autonómica. Su incidencia es baja, estimándose 1 caso cada 1.000.000 habitantes/año. Se presentan dos casos agrupados en los meses de abril y mayo de 2016 en el Hospital Universitario de Burgos.

**Casos clínicos. Caso 1:** Niño de 13 años que presenta cuadro de debilidad brusca de miembros inferiores. Asocia pérdida de la sensibilidad desde hipogastrio hasta ambos pies y priapismo. Como antecedentes de interés refiere cuadro de gastroenteritis aguda 15 días antes y sensación de traumatismo previo en raquis que precede al cuadro. A su ingreso se realiza analítica, serologías, punción lumbar, estudio inmunidad, resonancia magnética medular y electromiograma sin hallazgos patológicos. Se inicia tratamiento con gammaglobulinas y megabolos de corticoides barajando como principales posibilidades diagnósticas síndrome de Guillen-Barré y mielitis transversa. Ante la mala evolución se completa tratamiento con 5 sesiones de plasmaféresis. En la resonancia magnética con contraste a los 5 días de inicio del cuadro se evidencia mielitis transversa T2-T8. Exploración física al alta sin cambios respecto al ingreso. **Caso 2:** Niña de 12 años que presenta cuadro de debilidad progresiva de extremidad inferior derecha de 24 horas de evolución. Asocia parestesias en ambos pies. Como antecedentes de interés cuadro catarral 3 días antes y dolor lumbar al inicio del cuadro. Todos los estudios iniciales normales. A su ingreso se inicia pauta con megabolos de corticoides. En la resonancia magnética con contraste a los 5 días se evidencia mielitis transversa D11-L1. Al alta hospitalaria marcha en estepaje.

**Conclusiones.** Muchos pacientes afectados de mielitis transversa describen como síntoma previo dolor lumbar. En cuanto al pronóstico, 1/3 de los pacientes presentan secuelas graves como en el caso de nuestro primer paciente, 1/3 recuperan parcialmente como el segundo caso y 1/3 se recuperan de forma completa. A pesar de la poca evidencia científica sobre la eficacia de la plasmaféresis en la mielitis transversa, fue utilizada en el primer paciente ante la mala evolución del mismo. Aunque no se ha encontrado ningún agente etiológico, ambos casos se desarrollan en plena epidemia local de enterovirus 71, descrito como agente causal de parálisis flácida en la literatura.



**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (SAN).** *González Sanz L, Díaz Alonso A, Martínez Canteli A, Bestilleiro Fernández P, Ríos Nacarino P, Pérez del Río L, González García G, Montes Fernández C. Servicio de Neonatología, Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).*

**Objetivos.** 1) Revisar la bibliografía existente acerca del manejo de enfermería en el SAN. 2) Identificar signos y síntomas y conocer las principales escalas de valoración.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual en Salud de artículos en español o en inglés publicados en los últimos cinco años utilizando como motores de búsqueda *Pubmed, Cinahl y UptoDate*. Palabras clave: Neonatal Abstinence Syndrome, Nurse, Nursing.

**Resultados.** El SAN hace referencia al conjunto de signos y síntomas que pueden tener lugar en el neonato tras el parto por la exposición prolongada a drogas de abuso intraútero y retirada abrupta de la misma. La clínica se manifiesta por excitabilidad neurológica, disfunción gastrointestinal y signos autonómicos fundamentalmente. La principal escala de valoración utilizada es la Finnegan Modificada. El tratamiento farmacológico no se instaura de manera profiláctica de ahí la importancia de un buen control del SAN a nivel no farmacológico.

**Conclusiones.** Actualmente el SAN no se encuentra entre las patologías de mayor incidencia en nuestro medio. A pesar de esto y debido a la dificultad en su manejo es necesaria la existencia de protocolos estandarizados en nuestra práctica diaria. Asimismo debemos dejar atrás ciertos tabúes y establecer, en la medida de lo posible, relaciones de ayuda con las madres y los padres de estos neonatos. La reevaluación del estado de salud de los neonatos por parte del personal de enfermería en base a las escalas adaptadas y las terapias no farmacológicas han supuesto un gran avance en el manejo del SAN convirtiéndose en medidas de eficacia demostrada.

**EPILEPSIA REFLEJA POR AGUA CALIENTE: UNA FORMA POCO FRECUENTE DE EPILEPSIA: REPORTE DE CASOS.** *Marbella Polanco Zea P, Hedrera Fernández A, Camp M, Cancho Candela R, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Objetivos.** Describir los casos de epilepsia refleja con crisis inducidas por contacto con agua caliente (ERAC), comparando, entre otros, la semiología de los episodios, los registros electroencefalográficos, el manejo terapéutico y su evolución

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de historias clínicas y registros vídeo-EEG de los pacientes diagnosticados de ERAC en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Universitario Río Hortega.

**Resultados.** Se registraron 3 pacientes, de los cuales 2 son varones, con una media de edad al diagnóstico de 30 meses. Las crisis sucedieron al inicio del baño, al contacto con la cabeza en dos casos y al final del baño al contacto con el cuerpo en uno de ellos, consistiendo en cambio de expresión facial e hipotonía, dos casos presentaron antecedentes familiares de epilepsia y uno de ellos presentó además crisis parciales complejas sin desencadenante aparente. Uno de ellos asoció retraso psicomotor leve. El EEG intercrítico fue normal, todos los pacientes fueron sometidos a provocación en bañera con agua caliente para registro de EEG ictal no siendo evocable en ninguno de ellos. Dos pacientes recibieron tratamiento con VPA y el 100 por ciento de ellos ha tenido una evolución favorable

**Comentario.** La fisiopatología de la epilepsia por agua caliente se desconoce. La mayoría de ellas ocurren durante la primera década

de la vida, siendo más frecuente en varones. Las crisis se producen durante el baño, mayoritariamente al mojar la cabeza, La exploración neurológica y el EEG interictal fueron normales en los tres pacientes. En algunos casos, estas epilepsias evolucionan hacia otro tipo de crisis no reflejas. En el caso de nuestros pacientes la evolución ha sido favorable, precisando dos casos tratamiento antiepiléptico.

Sábado 5 de noviembre - Sala Agumar

**Moderadores:** Manuel Marugán de Miguelsanz y Jesús de Andrés Llano

**DESARROLLO Y ACTIVIDAD DE UNA NUEVA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.** *Guerra Díez JL, Leonardo Cabello MT, Álvarez Álvarez C, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Según informa el Ministerio de Sanidad de 2010 las Unidades de Urgencias Hospitalarias, y por ende las Pediátricas, requieren de un análisis al menos anual de su actividad, deben disponer de un sistema de triaje validado e integrado en su sistema informático y garantizar la calidad asistencial.

**Objetivos.** 1) Establecer la tasa de frecuentación de urgencias pediátricas en hospital comarcal, y su variabilidad en jornada no laboral. 2) Descripción del sistema de clasificación y cumplimiento del mismo. 3) Análisis de la demanda asistencial y derivación a hospital de referencia.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de episodios urgentes valorados en Unidad Urgencias Pediátricas a tiempo parcial (7 horas de lunes a viernes, 12 horas resto) durante los primeros 8 meses de 2016. Analizado por nivel de clasificación, sexo y edad. % de cumplimiento de triaje. Cálculo de tasa de frecuentación por cada 1.000 niños/as <14 años hasta mayo y <16 años entre junio y agosto. Triage estructurado sistema e-PAT 5 categorías (N1 emergencia, N5 no urgencia).

**Resultados.** Atendidas 11.088 urgencias (808 más que mismo periodo 2015). Niños 52,55%, niñas 47,55%. El 55,25% son menores de 5 años. Tasa de frecuentación: 54,12 urgencias x 1.000 niños/mes (0-14 años) y 53,93% urgencias x 1.000 niños/mes (0-15 años). Nivel de clasificación: N1: 0,04%, N2: 1,88%, N 39,04%, N4: 62,40%, N5: 26,29%. Tasa realización triaje: 99,64%. Media episodios urgentes: 45,44 urgencias/día. De lunes a viernes: 36,39 urgencias/día, sábado&domingo: 67,94 urgencias/día. Incremento actividad en 86,70%. Tasa resolución: 97,54% con alta domicilio. Derivados a hospital referencia: 2,04%. Porcentaje pacientes no valorados 0,42%. Demanda por pacientes: 94,21%, derivado de atención primaria 5,79%.

**Conclusiones.** Desde el inicio de actividad de la unidad existe una importante presión asistencial, con cumplimiento excelente en aplicación de triaje, resolución de episodios urgentes y una tasa de derivación muy baja, influenciado por la imposibilidad de ingreso hospitalario y la limitación horaria.

**EL CAMINO DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA HACIA LA CERTIFICACIÓN EN CALIDAD.** *Guerra Díez JL, Leonardo Cabello MT, Álvarez Álvarez C, Pulido Pérez P, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Uno de los objetivos de toda organización sanitaria y en especial las unidades de urgencias debe ser la mejora continua en su actividad, garantizando un funcionamiento de calidad interno

y percibido por los pacientes. La norma ISO abarca la certificación de un sistema de gestión de calidad orientado a tal fin.

**Objetivo.** Describir la ruta de trabajo realizada por la Unidad de Urgencias de Pediatría de un Hospital Terciario para su certificación con la norma ISO 9001-2015.

**Desarrollo.** Tras reconocer de forma interna la importancia de la calidad en la actividad urgente, se obtuvo el consentimiento por parte de la Jefatura de Servicio y Dirección del Hospital. Para la documentación del sistema de gestión fue solicitada de forma voluntaria la participación de todos los profesionales que realizan actividad asistencial en urgencias pediátricas, formando grupos de trabajo que permitieron el análisis y desarrollo del Mapa de Procesos: realizados 16 procesos. Se actualizaron los protocolos clínicos médicos y enfermeros, el protocolo de triaje y las hojas informativas para las familias. Respecto a la política de calidad, se estableció la visión, misión y valores de la organización hospitalaria, común a todos los servicios. Se elaboraron nuevos sistemas de registros que incluyen indicadores de calidad, basado en los estándares actuales desarrollados por la sociedad española de urgencias de pediatría y agrupados en un nuevo cuadro de mandos. Fue desarrollada una planificación estratégica, sistemas de coordinación en comunicación y se aplicaron los sistemas de seguridad actuales hospitalarios. Tras 10 meses de trabajo fue certificada la Unidad de Urgencias de pediatría.

**Comentarios.** El trabajo desarrollado para la certificación en calidad ha permitido trabajar en documentos consensuados de actividad y actuación que reducirán la variabilidad interprofesional y garantizarán una adecuada calidad percibida por el usuario.

**ENVENENAMIENTOS POR MORDEDURA DE SERPIENTES EN UNA UCI PEDIÁTRICA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS.** *Rodríguez Miguélez M<sup>1</sup>, Ferragut Ferretjans F<sup>1</sup>, Valencia Ramos J<sup>1</sup>, Arribas Montero I<sup>1</sup>, Martínez Díaz S<sup>1</sup>, Elizondo Alzola A<sup>1</sup>, Gómez Saez F<sup>1</sup>, Estefanía Díez M<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Servicio Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Burgos.

**Objetivo.** Registrar los casos de envenenamiento por mordedura de serpiente en pacientes ingresados en una Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en los últimos diez años. Describir forma de presentación, tratamientos recibidos e incidencias relacionadas con el suero antiofídico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCIP diagnosticados de envenenamiento por mordedura de serpiente entre 2006 y 2016. Seguimiento evolutivo posterior mediante contacto telefónico.

**Resultados.** 9 casos, 6 varones y 3 mujeres con mediana de edad de 11 años. Todos en Castilla y León entre los meses de mayo y septiembre. Se identificó la especie causante en 3 casos, que fue la víbora hocicuda (*Vipera latastei*). En 7 de los 9 casos la localización fue la mano. Todos los casos presentaron inflamación locoregional, 5 dolor irradiado, 3 adenopatías, 2 linfangitis y 1 síndrome compartimental. Ninguno presentó alteraciones analíticas significativas. Todos los pacientes presentaron un envenenamiento grado II, con una media de estancia en UCIP de 1,7 días. Los 9 casos recibieron suero antiofídico, 7 de ellos en las 6 primeras horas desde la mordedura, sin efectos secundarios inmediatos ni diferidos. Todos los niños recibieron analgesia de 1<sup>er</sup> nivel, 3 antibioterapia, 4 corticoterapia, 3 antihistamínicos y 1 precisó fasciotomía. En el seguimiento se detectó 1 caso de dolor neuropático leve.

**Conclusiones.** El suero antiofídico, administrado de forma precoz y siguiendo un protocolo estandarizado, se ha mostrado seguro y eficaz, y podría permitir evitar otros tratamientos que según la literatura publicada no modifican el pronóstico.

**EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** *Alonso Rubio P, Blázquez Gómez CJ, García Álvarez FJ, Ordóñez Álvarez FA, Carreras Ugarte L, Mangas Sánchez C, Álvarez Álvarez S, Gutiérrez Martínez JR.* Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivos.** Analizar el número de traumatismos craneoencefálicos que acuden a Urgencias de Pediatría (UPED), sus características epidemiológicas, la valoración en el triaje, la clínica y la exploración, así como las pruebas complementarias y el porcentaje de altas.

**Material y metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo durante ocho meses en UPED en un Hospital de Tercer Nivel. Obtención de información a través de las historias clínicas del Hospital. Estadística a través de SPSS.

**Resultados.** 352 episodios de TCE atendidos durante el periodo de estudio (62,2% varones) con edad media de 4,54±3,55 años. La media de consultas por episodio de TCE respecto al número total de urgencias atendidas por mes fue de 2,06±0,57% presentado un máximo en julio 2,91% y un mínimo en diciembre de 1,49%. Un 33,80% menores de dos años. Según triaje de Manchester: el 62,3% triados de color verde, un 29,5% amarillo, un 7,1% naranja y un 1,1% rojo. Se encontraban asintomáticos 61,3% y sintomáticos 38,7%. Respecto a los síntomas: 13,6% vómitos, 11,1% disminución de la conciencia, 6% epistaxis, 5,7% cefalea y 2% convulsiones. La exploración física estaba alterada en un 3,4%, en el resto incluida la neurológica era estrictamente normal en un 96,6%. Cerca de un 95% eran TCE leves. La radiografía de cráneo fue realizada en el 8,5% y el TAC craneal en el 9,7%. A los menores de un año (12,5%), se le realizó placa de cráneo solo al 25%. Presentaban patología a nivel craneocerebral un 5,6%. No requirieron ingreso el 71,9%, de ellos el 77% habían sido triados como verdes, un 21% como amarillos y un 1,4% como naranjas. Respecto al número total de pacientes, el 20,5% ingresó en el HCE, seguido de Planta de Hospitalización el 4,8% y un 2,8% en UCIP.

**Comentarios y Conclusiones.** La mayoría de los TCE atendidos en UPED son leves y son dados de alta a domicilio. La estratificación de gravedad dada por el Manchester orienta a la posibilidad de ingreso en cada episodio. El porcentaje de pacientes irradiados con radiografía de cráneo en los menores de 12 meses de nuestra muestra es similar a lo presentado en la literatura científica. La presencia de patología a nivel craneoencefálico secundaria a un traumatismo craneal es poco frecuente.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE LA SCCALP.** *Velasco R, Fernández JL, Castaño A, Fernández R, Lorenzo Guerra J, Leonardo M, Sánchez JM Serrano O, Carranza J, Gutiérrez M, Andrés AG, Muñiz M.* Grupo de Trabajo de Urgencias de Pediatría de la SCCALP.

**Objetivo.** El objetivo del presente estudio es describir las características de las Unidades de Urgencias Pediátricas (UPED) pertenecientes al Grupo de Trabajo de Urgencias Pediátricas (GTUP) de la SCCALP.

**Método.** Se incluyeron en el estudio las 7 UPED pertenecientes al GTUP. Se remitió al responsable de cada unidad una encuesta con 42 preguntas, que contestaron mediante un formulario de Google Drive desarrollado para la ocasión. Para evitar duplicidades de respuestas, la encuesta fue enviada a un solo participante por centro.

**Resultados.** La encuesta fue respondida por el 100% de participantes. Los principales datos se muestran en la tabla I. La dotación de personal de cada UPED se muestra en la tabla II.

**Conclusiones.** la encuesta demuestra importantes diferencias entre las distintas UPED, tanto en recursos materiales como de personal, que no parecen explicarse por el volumen de pacientes atendidos. Las dife-

TABLA I

	Burgos	Cabueñes	Clínico Valladolid	León	Salamanca	Río Hortega	Valdecilla
Nº Urgencias en 2015	17.000	20.279	16.126	15.773	29.000	23.210	39.748
Ingresos (%)	5	6,17	5	6,9	3	2,9	6,6
Límite de edad (años)	14	14	14	14	14	14	16
¿Tiene triaje?	Compartido	Compartido	Propio	No	No	Propio	Propio
Puestos Sala Observación	2	3	5	2	3	6	8
¿Se atienden urgencias traumatológicas?	No	No	Si	No	Si	No	Si
¿En los diarios se trabaja en turnos o guardias de 17 h?	Guardias	Turnos	Guardias	Guardias	Guardias	Turnos	Guardias
¿En los festivos se trabaja en turnos o guardias de 24 h?	Guardias	Guardias	Guardias	Guardias	Guardias	Turnos	Guardias
¿El staff de Pediatría trabaja de manera exclusiva en UPED?	Algunos	Si	Algunos	Si	No	Si	Algunos
¿El staff de Enfermería trabaja de manera exclusiva en UPED?	Algunos	Si	Algunos	No	No	Si	Si

TABLA II. DOTACIÓN DE PERSONAL DE CADA UPED.

		Burgos	Cabueñes	Clínico Valladolid	Leon	Salamanca	Río Hortega	Valdecilla
Nº Urgencias en 2015		17.000	20.279	16.126	15.773	29.000	23.210	39.748
Pediatras en DIARIO	Mañana	3	2	1	2	2	1	3
	Tarde	1	2	1	1	1	1	1
	Noche	1	1	1	1	1	1	1
Pediatras en FESTIVO	Mañana	2	2	1	0	1	1	1
	Tarde	2	2	1	1	1	1	1
	Noche	1	2	1	1	1	1	1
Enfermería en DIARIO	Mañana	1	2	3	1	2	2	3
	Tarde	2	2	3	1	2	2	4
	Noche	1	1	2	0,5	2	2	2
Enfermería en FESTIVO	Mañana	2	2	3	1	2	2	3
	Tarde	2	2	3	1	2	2	4
	Noche	1	1	3	0,5	2	2	2
MIR en DIARIO	Mañana	1	1	1	1	1,5	1	2
	Tarde	1	1	2	1,5	2,5	1	2
	Noche	2	1	2	1,5	2,5	1	2
MIR en FESTIVO	Mañana	1	1	2	1	2,5	1	2
	Tarde	1	1	2	1	2,5	1	2
	Noche	2	1	2	1	2,5	1	2

rencias se mantienen también entre unidades de la misma comunidad autónoma. A la vista de los resultados, sería recomendable diseñar acciones de mejora individualizadas para cada UPED.

**INDICADORES DE ACTIVIDAD EN LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCIÓN URGENTE PEDIÁTRICA.** *González de la Rosa A, Aguado Antón R, Llorente Pelayo S, Pastor Tudela AI, Gutiérrez Buendía D, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Una limitación en el registro del paciente urgente sigue siendo la codificación de los motivos por los que se acude a urgencias, que pueden diferir o no del diagnóstico definitivo. Los sistemas informatizados y estructurados de triaje pediátrico aplican listados de codificación propios.

**Objetivos.** 1) Establecer los motivos de consulta más frecuentes en urgencias de pediatría. 2) Analizar los indicadores de calidad y su nivel de clasificación.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de atenciones urgentes en la Unidad de Urgencias de Pediatría de Hospital terciario. Estimado tamaño muestral al 95%, de las urgencias valoradas entre febrero y junio de 2016. Analizada prevalencia, tasa de atención, presión asistencial por ingreso hospitalario y tiempos de espera. Clasificación por e-PAT 5 niveles (1 emergente – 5 no urgente).

**Resultados.** De las 17133 urgencias tendidas fueron seleccionadas 3.966. Registrado motivo de consulta en 3.922 casos (98,9%). Por orden de frecuencia: fiebre (27,1%) Tasa: 268,28 x 1.000 episodios.; traumatismo (18,3%) tasa: 181,29 x 1.000 episodios; problema digestivo (12,5%) tasa: 123,55 x 1.000 episodios y problema respiratorio (11,5%) tasa: 113,97 x 1.000 episodios. Respecto al nivel de urgencia, los niveles 1, 2 y 3 de gravedad predominan en pacientes con patología respiratoria. Media y



mediana de tiempos de espera menor en problema respiratorio respecto al resto (30,76±29,26 minutos, mediana: 22). Tiempo de estancia total en unidad en patología digestiva 108,30±87,32 minutos, mediana 86). Precisan ingreso/observación hospitalaria: por fiebre 4,18%, traumática 1,23%, digestivo 12%, respiratorio 9,42%.

**Conclusiones.** Es preciso conocer la patología prevalente de las unidades de urgencias de pediatría y sus indicadores de atención urgente, que permiten establecer los recursos necesarios para su adecuada valoración. En nuestro medio la fiebre continua siendo el motivo de consulta principal y la patología respiratoria la que implica niveles de clasificación más urgentes, en cambio es la patología digestiva es la que genera mayor porcentaje de ingreso/observación.

**MEJORA CONTINUA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. ANÁLISIS DE TIEMPOS DE ESPERA.** *Llorente Pelayo S, Aguado Antón R, González de la Rosa A, Gutiérrez Buendía D, Pastor Tudela AI, Guerra Díez JL, Álvarez Álvarez C, Cabero Pérez MJ. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Entre los factores que determinan la calidad en Urgencias de Pediatría destaca el análisis del tiempo de espera asociado al nivel gravedad del paciente, y especialmente su respuesta fractil.

**Objetivos.** 1) Analizar el tiempo post-triage, tiempo de atención y estancia total en urgencias de pediatría. 2) Establecer el porcentaje de pacientes que exceden del tiempo ideal de atención de forma global y en relación a la jornada horaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivos de episodios urgentes valorados en la Unidad de Urgencias de Pediatría del Hospital Terciario entre febrero y junio de 2016. Seleccionada la tercera semana de cada mes (35 días). Clasificados por edad, sexo, nivel de clasificación y hora de llegada a la Unidad (8-15 h mañana; 15-21 h tarde; 21-08 h noche). Se calcularon tiempo post-triage, tiempo de atención y estancia total en la Unidad. Excluidos pacientes sin atención médica (FUGA) y aquellos que no presentaron registro de tiempos.

**Resultados.** Total de episodios urgentes: 3.996, excluidos 30 (0,75%). Seleccionados: 3.966. Niños 54,3%; niñas 45,7%. Edad media: 66,05±49,68 meses. Grupo más prevalente entre 25 y 60 meses. Clasificados el 98,74%. Nivel 1: 0,1%; nivel 2: 3,4%; nivel 3: 14,5%, nivel 4: 42,9%; nivel 5 37,8%. Respuesta fractil global: nivel 2 (% atención antes de 15 minutos): 44,1%. Nivel 3 (% atención antes de 30 minutos): 66%. Nivel 4 (% atención antes de 60 minutos): 80,8%. Nivel 5 (% atención antes de 15 minutos): 97,4%. Analizado por franjas horarias, respuesta fractil más adecuada en jornada de mañana y noche.

**Conclusiones.** La medida de indicadores de calidad en unidades de Urgencias permite conocer la capacidad de respuesta de los servicios a las demandas asistenciales, permitiendo mejorar en aquellos que no han obtenido puntuaciones adecuadas. La respuesta fractil de tiempos de espera pos-triage continua siendo un factor fundamental en la valoración del paciente según su nivel de gravedad.

**REPARACIÓN DE HERIDAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA MEDIANTE CIANOACRILATOS. ¿ES ACONSEJABLE?** *García Lama-ta O, Izquierdo Herrero E, Carranza Ferrer J, Justo Vaquero P, González García H, García Saseto P, Ortega Vicente E, Tapia Gómez AM. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** Las heridas simples constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias Pediátricos. Para la reparación de las mismas se utilizan en numerosas ocasiones suturas no reabsorbibles, con la consiguiente dificultad de la técnica por

la situación de dolor y ansiedad que provoca en el niño. El objetivo de este estudio es valorar el uso de técnicas alternativas a la sutura, como los cianoacrilatos, en la reparación de heridas en niños, indoloras, de fácil y rápida aplicación, y con buenos resultados estéticos a medio-largo plazo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo sobre la utilización de cianoacrilatos en el tratamiento de heridas simples en 44 niños atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas entre los meses de noviembre de 2015 y septiembre de 2016. Se aportan las características clínicas, escala del dolor durante el procedimiento (Flacc en < 3 años, escala de caras de Wong Baker de 3-7 años colaboradores, o escala numérica de Walco y Howite en > 7 años) y complicaciones, así como los resultados de satisfacción de los padres y personal sanitario con los resultados en el momento de la atención y a los 7 días tras la misma. Las escalas de satisfacción consistieron en la valoración de 0 a 10 sobre los resultados. De las variables numéricas se expresan la mediana y rango, de las cualitativas su frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

**Resultados.** Predominó el sexo masculino (n= 26, 59,1%). La mediana de edad fue de 2 años, rango: 1-11 años. La mayoría fueron niños menores de 4 años (n=31, 70,5%) y siendo 25 (56,8%) menores de 3 años. La localización dominante fue la cara (n = 39, 88,6%), seguida de extremidades inferiores (n = 2, 4,5%), pabellón auricular (n = 2, 4,5%), y extremidades superiores (n=1, 2,3%). La herida fue inciso-contusa en 29 casos (65,9%) e incisa en 15 (34,1%). La mediana del tamaño de la herida fue de 1 cm, rango: 0,5-3 cm. Solamente 3 casos (6,8%) presentaron tamaño de la herida mayor a 2 cm. Se utilizó gel LAT® como hemostático en 19 casos (43,2%). El procedimiento fue realizado mayoritariamente por personal de enfermería (n = 40, 90,9%). Dieciséis niños no mostraron dolor durante el procedimiento (0 en la escala del dolor, 36,4%), 14 niños presentaron dolor leve (31,8%), y 10 (22,7%) dolor moderado. La valoración de satisfacción con el procedimiento por parte de los padres tras el mismo fue de 9-10 (muy favorable) en 39 casos (88,6%), y 7-8 (favorable) en 5 casos (11,4%) Por parte de los profesionales en el mismo momento fue de 9-10 (muy favorable) en 42 casos (95,5%), 8 (favorable) en 1 caso (2,3%) y 6 (aceptable) en 1 caso (2,3%). Acudieron a la revisión a los 7 días 17 pacientes (38,63%). De ellos en 2 casos (11,5%) la evolución fue desfavorable refiriendo dehiscencia secundaria a nuevo traumatismo local con aceptable evolución posterior tras cierre por segunda intención, y en 15 casos la evolución fue favorable (88,23%). La satisfacción de los padres en este momento fue desfavorable en los dos casos de dehiscencia (valores de 3 y 4) así como la de los profesionales (valores de 3 y 6), siendo muy favorables en los 15 casos sin complicación tanto en la valoración por los padres (valores entre 8-10) como profesionales (valores entre 9-10).

**Conclusiones.** El uso de cianoacrilatos en la reparación de heridas simples menores de 5 cm en la edad pediátrica es un procedimiento poco doloroso y eficaz en la gran mayoría de los casos que alcanza valores elevados de satisfacción con los resultados tras el procedimiento y a los 7 días, tanto por los padres como por los profesionales sanitarios.

**REVISIÓN DE CASOS DE ACCIDENTES EN LACTANTES INGRESADOS DE ENERO DE 2000 A SEPTIEMBRE DE 2016.** *Arévalo N, Pavón López T, Sobrino García M, Criado Muriel C, González González M, Polo de Dios M, Vegas Carrón M, Sánchez Magdaleno M. Hospital Clínico Universitario de Salamanca*

**Objetivos.** La Organización Mundial de la Salud define un accidente como «acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, o acontecimiento independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental». El descenso significativo de la mortalidad infantil en países industrializados por enfermedades infecciosas,

problemas nutricionales u otro tipo de patologías, ha dado paso a que actualmente los accidentes constituyan una de las principales causas de amenaza para la vida en la población infantil, que se sitúan como la primera causa de mortalidad entre los menores de 15 años. Por ello hemos realizado una revisión de casos sobre lactantes ingresados por accidentes en planta de nuestro Servicio de Pediatría.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la Sección de Lactantes del Hospital Clínico Universitario de Salamanca desde enero de 2000 a septiembre de 2016. De cada caso se recogen datos sobre el tipo de accidente ocurrido, días de ingreso en Planta, si el accidente fue presenciado o no, lugar donde ocurrió el accidente, franja horaria en la que se produjo, día de la semana y mes, número de hermanos del paciente y lugar que ocupa entre ellos, necesidad de ingreso en UCIP, necesidad de cirugía o de sedación, aviso a servicios sociales y sintomatología que presentaron.

**Resultados.** Se recoge una amplia muestra de casos ingresados a cargo de la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, realizándose el análisis de diversas variables utilizando el programa SPSS.

**Conclusiones.** Los accidentes son entidades muy frecuentes en la actualidad, cuya incidencia está aumentando. La prevención de accidentes debe considerarse una emergencia sanitaria y social, tanto por la elevada morbi y mortalidad que estos ocasionan como, por el elevado coste económico que representan. Debido a todo lo anterior, es muy importante fomentar una cultura preventiva que involucre a la sociedad en su conjunto.

**SISTEMA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** *Gutiérrez Buendía D, González de la Rosa A, Pastor Tudela AI, Antón Aguado R, Llorente Pelayo S, Guerra Díez JL, Cuesta González R, Leonardo Cabello MT. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La importante demanda asistencial en unidades de urgencias de pediatría requiere de un análisis en tiempo real de su actividad y de la forma en que se gestiona.

**Objetivos.** 1) Describir la presión asistencial urgente. 2) Estimar los tiempos de espera, atención y estancia. 3) Correlacionar los tiempos establecidos con la edad y el nivel de clasificación.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de atención urgente durante 5 meses del año 2016 mediante el sistema de historia clínica electrónica de la unidad de urgencias de pediatría. Clasificación por edad, sexo y nivel de clasificación. Estimación de media de tiempos asistenciales obtenida de selección de episodios urgentes. Tamaño muestral con nivel de confianza de 99%.

**Resultados.** Atendidas 17.133 episodios. Clasificados 98,05%. Niveles urgentes más prevalentes: N4 (42,32%); N5 (37,76%); N3 (14,33%). Ingresos: 1.033 episodios (6,03%). Seleccionadas: 3.966 atenciones (23,15%). Predominio de niños respecto a niñas. Por grupos edad: <1 mes (ms): 1,4%, de 1-3 ms: 3,1%, de 4-12 ms: 8,9%, de 13-24 ms: 12%, de 25-60 ms: 28,1%, de 61-120 ms: 27,9%, >120 ms: 18,6%. Nivel de triaje: 1 (0,1%), 2 (3,4%), 3 (14,5%), 4 (42,9%), 5 (37,8%), no clasificado (1,3%). Media tiempo de espera: 37,12±33,32 minutos (m) (mediana: 28 m), de estancia 90,67±74,84 m (mediana: 72 m), de atención 48,65±66,27 m (mediana: 25 m). Correlación negativa entre nivel de clasificación y tiempo de espera, positiva con tiempo de estancia y de atención. Correlación positiva entre grupos de edad y tiempo de espera.

**Conclusiones.** La clave de la gestión eficiente en la atención urgente pediátrica se basa en una adecuada clasificación del nivel de urgencia y su relación con los tiempos consumidos posteriormente. En unidades con alta presión asistencial cuanto mayor es el nivel de triaje (menor en gravedad), mayor es el tiempo de espera y menor su estancia por requerir menos recursos en su valoración. La monitorización de estos indicadores es básica para el control de actividad en este tipo de unidades.