

Comunicaciones orales

VIERNES 15 DE ABRIL DE 2016

Sala 1

LOS FACTORES SOCIOFAMILIARES TIENEN EN NUESTRO MEDIO ESCASO IMPACTO EN EL FALLO DE MEDRO. Ochoa Sangrador C. *Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. Red de investigación de la SCCALP (Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León).*

Objetivos. Describir los factores de riesgo y la repercusión clínica del fallo de medro diagnosticado en atención primaria en los primeros dos años de vida.

Métodos. Estudio de casos y controles en Centros de Salud de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Los casos fueron niños menores de 2 años con algún criterio de fallo de medro (descenso de peso o índice de masa corporal bajo el percentil 5, índice de medro o cambio de peso estandarizado bajo el percentil 5) atendidos en consultas de atención primaria entre mayo y diciembre de 2014; los controles niños menores de 2 años atendidos en consultas de atención primaria emparejados por edad y sexo sin criterios de fallo de medro. Se recogió un cuestionario cumplimentado por pediatras o personal de enfermería con variables socio-familiares, prenatales, postnatales, de seguimiento y somatométricas. Como valores de referencia se emplearon las curvas de la OMS.

Resultados. Recogimos 68 casos y 67 controles a una edad media de 289 días (desviación típica [DT] 178). No se encontraron diferencias importantes entre casos y controles en factores sociofamiliares, factores perinatales o incidencia de problemas o tratamientos médicos. Los casos tenían madres con menor frecuencia de trabajo fuera del hogar (47,1% vs 65,7%; $p=0,022$; Odds Ratio [OR] ajustada 0,45; intervalo de confianza [IC]

95%: 0,22 a 0,90), padres con talla más baja (172,6 vs 177,3 cm; $p<0,001$; diferencia ajustada por nivel de estudios paterno 5,2 cm; IC95%: 2,8 a 7,5 cm) y vivían más frecuentemente en hogares con más de 3 convivientes (52,9% vs 37,3%; $p=0,049$; OR ajustada: 1,74; IC95%: 0,85 a 3,53). Asimismo, los casos tenían más frecuencia de problemas de alimentación (38,4% vs 7,5%; $p<0,001$; OR 5,15; IC95%: 2,10 a 12,64) y vómitos-regurgitaciones frecuentes (7,4% vs 0%; $p=0,03$).

Conclusiones. En aproximadamente un 40% de los casos el fallo de medro se asocia a rechazo de la alimentación o de vómitos-regurgitación sin otras enfermedades asociadas. Las diferencias observadas en cuanto a menor frecuencia de trabajo fuera del hogar de la madre, menor talla paterna y más hogares con más de 3 convivientes, podrían reflejar alguna diferencia socio-familiar asociada al fallo de medro, aunque con escaso impacto.

SÍNTOMAS TRAS LA INGESTA DE GLUTEN; ¿ENFERMEDAD CELÍACA? Fernández de Valderrama Rodríguez A, Hernández Frutos E, Rodríguez Alonso M, Gutiérrez Moreno M, Arribas Montero I, Martínez Díaz S, Urquiza Físico JL. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. En relación a la ingesta de gluten, la patología más conocida en nuestro medio es la enfermedad celiaca (EC). En las últimas décadas ha aumentado el número de casos diagnosticados de sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC), entidad observada sobretodo en población adulta, en la cual se presentan fundamentalmente síntomas digestivos en relación con la ingesta de gluten. Cursa con serologías negativas tanto para la enfermedad celiaca como para alergia al trigo. Debe realizarse biopsia intestinal, que puede ser cla-

sificada como MARSH 0 o 1, y los síntomas desaparecen tras la retirada de gluten de la dieta. La reaparición de los síntomas tras la ingesta de gluten apoya la sospecha diagnóstica. No se conoce claramente las consecuencias a largo plazo. Su prevalencia estimada se considera mucho mayor que la de la propia EC (6-7 pacientes afectados de SGNC por cada paciente celiaco). HLA DQ2-DQ8 presente en 40% de los casos.

Objetivo. Conocer la casuística y las características de aquellos pacientes con sospecha de SGNC que acuden a consulta de gastroenterología pediátrica del HUBU

Material y Métodos. Se recogieron los datos de forma retrospectiva de los pacientes en seguimiento en consulta de gastroenterología pediátrica con sospecha de SGNC, o bien SGNC versus enfermedad celiaca no confirmada.

Resultados. Se recogieron los datos de 7 pacientes (6 varones y 1 hembra) La media de edad al diagnóstico fue 5,28 años (rango 2,52-9,79) Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron; dolor abdominal (7/7) diarrea (6/7) fallo de medro (3/7) Presentaron negatividad a serología de EC (7/7) e IgE específica a gluten y trigo (5/7) HLA celiaca se realizó en 6 pacientes y fue positivo (DQ2/DQ8) en 4/6. Se realizó endoscopia digestiva en 6 pacientes, con resultado; Marsh 0 (5/6) y Marsh 1(1/6) Tras la retirada de gluten, desaparecieron los síntomas en todos los pacientes. Todos ellos presentaron sintomatología digestiva en relación a la ingesta de gluten posteriormente. Existían antecedentes similares en la familia en 5/7.

Conclusiones. Los pediatras hemos de conocer la SGNC, una entidad emergente en nuestro medio. Se sospecha en aquellos pacientes que una vez descartada la EC y alergia a trigo responden a dieta sin gluten, y los síntomas reaparecen tras la provocación. Puede presentar dificultad diferenciarla de la EC no clásica.

ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS Y HOSPITAL SANTOS REYES DE ARANDA DE DUERO. Rodríguez Alonso M, Fernández de Valderrama Rodríguez A, Hernández Frutos E, Hortigüela Saeta M, Gutiérrez Moreno M, Martínez Díaz S, Puente Ubierna L, Barbadillo Izquierdo F. *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Pediatría, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, Burgos.*

Introducción y Objetivos. La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistémica inmunomediada provocada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles. El espectro clínico puede variar desde síntomas intestinales clásicos, manifestaciones atípicas con clínica extradiigestiva

hasta formas asintomáticas. Los criterios diagnósticos han variado en las últimas décadas y la lesión histológica ha dejado de ser el "patrón oro", permitiendo evitar la biopsia intestinal en algunas situaciones concretas. El objetivo de este estudio es la descripción de las características epidemiológicas de los niños con EC en nuestro centro durante los últimos 14 años (2001/2015).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo que recoge datos clínicos, epidemiológicos y diagnósticos de pacientes con EC del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) y Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero (HSR) entre los años 2001 y 2015.

Resultados. Fueron estudiados 175 pacientes (148 pertenecían al HUBU, 27 pertenecían al HSR). El 64% fueron varones y la edad media al diagnóstico fue de 3,74 años. La forma clásica de presentación fue la más frecuente (64,6%) frente a las formas paucisintomáticas (27,4%) y silentes (7,4%). Los valores de ferritina, hemoglobina y transaminasas (ALT) fueron normales al diagnóstico en más del 50% de los pacientes. Se determinaron anticuerpos IgA antitransglutaminasa en el 99,4%, con un valor 10 veces mayor al de referencia en el 61%. Se realizó estudio genético en el 86,3%, con mayoría positiva del heterodímero HLA-DQ2 (94,6%). Se realizó estudio histológico en el 73,7%, predominando lesión intestinal MARSH IIIa (39,5%). 68 pacientes fueron diagnosticados según las últimas guías ESPGHAN 2012, de los cuales precisaron biopsia intestinal un 35%. El score propuesto por la ESPGHAN fue positivo en todos los pacientes estudiados con independencia del tipo de criterio diagnóstico empleado.

Conclusiones. Existe un predominio de varones con edad preescolar al diagnóstico y presentación clínica típica. De los 107 pacientes diagnosticados según las guías de 1990, se podría haber evitado biopsia intestinal en un 27% de acuerdo a las guías actuales. Desde la instauración de los nuevos criterios se han podido evitar un 64,7% de biopsias. La sensibilidad del score ESPGHAN fue del 100%.

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS REMITIDOS POR DIARREA CRÓNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIZADA. Palacios Sánchez M, Garde Basas J, Ruiz Castellano N, Vega Santa-Cruz B, De la Rubia Fernández L, Redondo Figuero C, García Calatayud S. *Unidad de Gastroenterología y Nutrición, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Vargas. Gerencia de Atención Primaria. Santander.*

Objetivos. La causa más frecuente de diarrea prolongada en la edad pediátrica es la diarrea crónica inespecífica,

incluida dentro de los trastornos gastrointestinales funcionales; causas menos frecuentes son la celiaquía, reacciones adversas a alimentos, infecciones o intolerancias a hidratos de carbono. Un estudio básico previo en Atención Primaria (AP) a menudo es suficiente para detectar organicidad y seleccionar a pacientes que precisan un estudio más completo en Atención Especializada (AE).

Material y Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes remitidos a la consulta de Gastroenterología del Hospital de referencia en el periodo 2014-2015 por diarrea prolongada. Son criterios de exclusión los pacientes remitidos por diarrea prolongada con serología de celiaquía positiva orientados como enfermedad celiaca. Se estudian variables epidemiológicas, pruebas complementarias realizadas, tratamientos previos a la remisión y el diagnóstico final en AE.

Resultados. Los pacientes con diarrea crónica suponen el 6,1% del total de pacientes enviados por primera vez a la consulta. Existe un ligero predominio del sexo masculino (57,8%) y la edad media en el momento de consulta fue de 4,5 años, con un pico máximo a los 2 años de edad. Los pacientes enviados aportaban desde AP por orden decreciente de frecuencia: perfil de celiaquía el 71%, coprocultivo el 61,7%, hemograma el 54,5%, parásitos el 47%, bioquímica en sangre con perfil de hierro el 45%, perfil de sensibilización a alérgenos alimentarios el 42,1%, ecografía abdominal en el 8,8% y VSG en el 6%. El 21,6% de los pacientes remitidos no aportaba ninguna prueba complementaria. Un 44,1% de pacientes recibieron tratamiento previo a su derivación: dieta exenta de lactosa (75%) y dieta exenta de leche (25%). Los diagnósticos finales fueron: diarrea crónica inespecífica en el 61,5%, intolerancia a la lactosa en el 18%, intolerancia a proteínas de la leche de vaca en el 11,7%, sensibilidad al gluten no celiaca en el 5,8% y giardiasis en el 3%.

Conclusiones. La mayoría de las diarreas prolongadas son de origen funcional. Previa remisión a AE, es fundamental un estudio básico que incluya hemograma, perfil de hierro, VSG, perfil de celiaquía, suficiente en la mayor parte de los casos para descartar organicidad. El perfil de celiaquía es la prueba más frecuentemente solicitada en AE por este motivo. Casi una cuarta parte de pacientes son remitidos desde AP sin ningún examen complementario.

PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON EPIGASTRALGIA, REMITIDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIZADA. Vega Santa-Cruz B, Palacios Sánchez M, Garde Basas J, Ruiz Castellano N, Redondo Figuero C, García Calatayud S. *Unidad de Gastroenterología y Nutrición, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Vargas. Gerencia de Atención Primaria. Santander.*

Objetivos. La mayoría de los pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico, incluyendo los de localización epigástrica, son de naturaleza funcional. Un estudio preliminar básico permite en muchos casos seleccionar aquellos pacientes que precisan un exámen más completo en Atención Especializada (AE) dirigido a buscar una causa orgánica.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes remitidos a la consulta de Gastroenterología del Hospital de referencia en el periodo 2014-2015 por epigastralgia. Se estudian variables epidemiológicas, las peticiones y tratamientos previos a la remisión, y el diagnóstico final en AE.

Resultados. Los pacientes con epigastralgia suponen el 4,8% de los pacientes enviados por primera vez a la consulta. Predomina el sexo femenino (60%) y la edad media es 10 años. En Atención Primaria (AP) se solicitó por orden decreciente de frecuencia hemograma en un 63,3% de los pacientes enviados, bioquímica en sangre con perfil de hierro en el 51,6%, perfil de celiaquía en el 43,3%, VSG en el 31,6%, coprocultivo en el 31,6%, serología de *H. pylori* en el 30%, perfil de alergia en el 25%, ecografía abdominal en el 25%, parásitos en el 25% y sangre oculta en heces en el 1,6%. El 21,6% de los pacientes remitidos no tenía nada solicitado en AP. Se pautaron tratamientos previos a la remisión en el 48,3% de los pacientes, que fueron por orden decreciente de frecuencia: IBP solo 31,6%, IBP y restricción de lactosa/leche 8,3%, restricciones de leche/lactosa 3,3% y pauta anti-biótica para *H. pylori* 3,3%. Los diagnósticos finales fueron epigastralgia/dispepsia funcional en un 58,3%, gastritis por *H. pylori* en 31,6%, esofagitis 5%, hepatopatía aguda/crónica 3,3% e intolerancia a lactosa 1,6%.

Conclusiones. La mayoría de las epigastralgias son de origen funcional. Previa remisión a AE, debería realizarse un estudio básico en AP para descartar organicidad, incluyendo hemograma, bioquímica en sangre incluyendo perfil de hierro, VSG, ecografía abdominal, sangre oculta en heces, perfil de celiaquía, ureasa en aliento o detección en heces *H. pylori* y estudio completo de heces. Hasta un 21,6% de pacientes son remitidos sin ningún examen complementario. La serología de *H. pylori* debe ser eliminada de los protocolos de estudio. Los tratamientos empíricos, sin realizar exámenes complementarios, especialmente las dietas restrictivas, son poco útiles y presentan muchas limitaciones.

LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ASOCIADAS A RECHAZO DE SÓLIDOS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. Gil Camarero E, Fernández Torre D, González Gómez J, Castillo Marcaláin A, García Quevedo E, Quintana

Cabieces S, Sancristóbal Miquelarena R, Gonzalez Ortiz C. *Pediatría de atención primaria de C.S. Meruelo. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria*

Introducción. Con frecuencia se observan en la consulta pediátrica niños con dificultades en la introducción de alimentos sólidos. Son alteraciones de conducta alimentaria del niño pequeño relacionadas, habitualmente pero no siempre, con retraso en su introducción (posterior al año de edad). Aún así, es importante buscar la causa y realizar un tratamiento multidisciplinar adecuado. Recogemos cuatro casos de niños con alteraciones de la masticación en una consulta pediátrica de atención primaria y un quinto caso de un hospital comarcal.

Caso 1. Niño de 3 años que no realiza masticación y toma todo en purés. Hijo único, embarazo gemelar con muerte intraútero del otro feto.

Caso 2. Niño de 2 años que solo toma purés y si hay grumos lo rechaza. Hijo único, padres preocupados por su bajo peso desde el nacimiento.

Caso 3. Niña de 6 años, mala comedora habitual, que desde un episodio de atragantamiento a los 4 años rechaza ingesta de sólidos y cada vez come menos.

Caso 4. Niño de 6 años de edad con síndrome malabsorativo no filiado alimentado por gastrostomía.

Caso 5. Niña de 7 años y 8 meses que tras antibioterapia por amigdalitis aguda presenta dieta selectiva y escasa.

El manejo de estos niños precisa una anamnesis detallada, recogiendo antecedentes personales y familiares y es preciso hacer el despistaje de un TCA encubierto. Para ello debemos contar con un protocolo como el propuesto por Kerzner, donde se establecen 4 grupos: apetito limitado, ingesta muy selectiva, llanto asociado a la ingesta y miedo a la alimentación. Así, el tratamiento irá hacia una derivación a una unidad de salud mental infantojuvenil (SMIJ), un servicio de digestivo y nutrición, un servicio de atención temprana y logopedia, o varios.

Comentario. Estas patologías suponen un reto para los pediatras y precisan un tratamiento multidisciplinar a nivel sanitario (atención temprana, digestivo-nutrición o SMIJ) y educativo (logopedia). Es fundamental conocer la situación familiar y tratar la ansiedad que pueda ocasionar.

COMORBILIDAD ENTRE TDAH Y PATOLOGÍA ALIMENTARIA. A PRÓPOSITO DE UN CASO CLÍNICO. González Gómez J, Gil Camarero E, Fernández Torre D, Carral Fernández L, Gutiérrez Gómez A, García Quevedo E, González Ortiz C, Sancristobal Miquelarena R. *Servicios de Pediatría y Psiquiatría*

infanto-juvenil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Objetivo. El objetivo es presentar mediante un caso clínico la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de la conducta alimentaria así como su manejo ambulatorio combinado en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil y pediatría de primaria.

Caso clínico. Adolescente de 16 años, vista en la Unidad de Salud Mental de infanto-juvenil (USMIJ) por presentar un TDAH de perfil inatento con marcada impulsividad pero con escasa hiperactividad. Desde los 8 años hasta los 12 se han trabajado distintas estrategias psicológicas tanto con la paciente como con su familia pero nunca inició tratamiento farmacológico.

Problema actual. En el último año ha ganado más de 30 kg en la actualidad presenta obesidad mórbida catalogada según la OMS de tipo 3 ya que su índice de masa corporal (IMC) de 40,5. Actualmente pesa 113 kg. Con una altura de 1,67 m. compatible con un diagnóstico de trastorno por atracción no aparecen conductas compensatorias. Estos episodios suceden prácticamente a diario (entre 8-10 a la semana) y el resto de su alimentación tiende a la restricción ya que ha iniciado varias dietas y acude al servicio de endocrinología y nutrición. Además de esto, ha repetido los dos últimos cursos y está presentando algunos problemas en la esfera social.

Exploración. Presenta alteraciones dérmicas características de la obesidad como estrías o lesiones en los pliegues cutáneos. No presenta amenorrea ni otros problemas de salud física. Se realiza una analítica completa resultando normal. Hemograma sin alteraciones. Los niveles hormonales solicitados para el estudio de su obesidad se encuentran también dentro de la normalidad (tiroideas, hormonas sexuales, GH...) no atribuyéndose a ninguna disfunción orgánica. Análisis de tóxicos en orina, resultó negativo.

Exploraciones psicológicas complementarias: En 2012 se realizó evaluación de coeficiente intelectual mediante WISC-IV en la USMIJ siendo su puntuación de CI total 105 (percentil 57). Para evaluar el trastorno alimentario se utiliza el EAT-40 superando ampliamente el punto de corte. Los síntomas TDAH mediante (ADHD-Rating scale) obteniendo una puntuación de 19/27 en la escala de inatención y 13/27 en la escala de hiperactividad-impulsividad.

Diagnósticos psiquiátricos. DSM-5: Trastorno por atracción (307.50) y Trastorno de déficit de atención e hiperactividad de predominio inatento. (314.00)

Tratamiento y Comentario. Se realiza un tratamiento combinado mediante intervenciones psicológicas y farma-

cológicas con metilfenidato, un estimulante del sistema nervioso central que toma por vía oral, una vez al día por la mañana (72 mg), con evolución muy favorable. Mediante este caso clínico queremos señalar la importancia en la detección de los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria especialmente en adolescentes. Por último destacar que el tratamiento debe realizarse de forma combinada sin olvidar ninguna de las comorbilidades que puedan añadirse al diagnóstico principal y para ello la mejor herramienta es una adecuada exploración clínica

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS INTRAHOSPITALARIOS EN MENORES DE 14 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL. del Olmo Fernández M, Martín García A, Irribarren Torres M, Serena Gómez G, Uruña Leal C, Peña Valenceja A, Rojo Fernández I, Andrés de Llano JM. *Servicio de Pediatría. Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. El consumo de productos farmacéuticos es uno de los indicadores clave en los Planes Anuales de Gestión.

Objetivo. Conocer el consumo y gasto de productos farmacéuticos la población pediátrica de un Hospital General.

Población y Métodos. Niños mayores de un mes y menores de 14 años ingresados en un Hospital General entre enero del 2011 a diciembre de 2015. Se recoge la información de los pacientes ingresados a través del CMBD y del consumo de productos farmacéuticos recogidos mediante el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC), a través del Servicio de Farmacia.

Resultados. El número de altas fue de 5323. La distribución por sexos mostró una predilección por el varón (57%). La edad mediana fue de 43 meses (Pc. 25-75: 14 a 85). La complejidad medida por el peso del grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) de estos pacientes fue de $0,73 \pm 0,6$. Su estancia mediana fue 2 días (Pc. 25-75: 1 a 3). Los pacientes atendidos por el Servicio de Pediatría suponían el 75% del total de los casos, seguidos por el Servicio de ORL 14% y Traumatología 6%. Los grupos relacionados con el diagnóstico más prevalentes son los de gastroenteritis (16%)(GRD 816), cirugía ORL (11%)(GRD 60 y 62) y patología respiratoria (11%) (GRD 775 y 589). Los productos que generan mayor coste fueron el factor VIII recombinante (24%), el suero fisiológico (17%), el suero glucosado (7%), Gonadorelina (5%), Paracetamol (4%) y Amoxicilina-Clavulánico (4%). La distribución del costo por años fue:

Año	Coste total en euros por año	Complejidad (peso GRD)	Coste en euros por paciente	Coste en euros por día de estancia
2011	23781	0,72	23,6	9,7
2012	35497	0,73	35,1	14,0
2013	15646	0,73	14,3	5,8
2014	15750	0,74	14,3	6,2
2015	13968	0,75	12,7	5,5

Conclusión. El coste farmacéutico en niños ingresados en la planta de un hospital general es muy modesto. El mayor gasto se encuentra en el consumo de factores de la coagulación seguida por la sueroterapia.

IMPACTO ASISTENCIAL EN OBSERVACIÓN HOSPITALARIA. UNIDADES DE ALTA RESOLUCIÓN. Sánchez Hernández I, Pérez Gómez L, Fernández Calderón L, López Fernández C, Peña Sainz-Pardo E, Guerra Diez JL, Leonardo Cabello MT, Cabero Pérez MJ. *Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Las unidades de observación en urgencias permiten garantizar el control evolutivo estrecho de múltiples patologías en el ámbito hospitalario, con el fin de aliviar la presión asistencial de hospitalización ofreciendo garantía y seguridad al paciente y sus familias.

Objetivos. Analizar la actividad asistencial de la unidad de observación de un hospital terciario y su correlación con la unidad de urgencias.

Material y Métodos. Estudio transversal retrospectivo de pacientes ingresados en observación durante el periodo comprendido entre diciembre de 2015 y enero 2016 considerado de alta frecuentación urgente. Clasificados por sexo, edad, nivel de triaje (5 niveles). Analizado el motivo de ingreso, diagnóstico al alta, hora y tiempo de ingreso, destino del alta y reingresos. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Valoradas 7659 urgencias, seleccionados 175 episodios requieren observación (2,28%). Predominio de niños con 96 visitas, y 79 mujeres. Edad media 41,27 meses (DE: 41,18). Mediana 28 meses. El nivel de triaje fue de: nivel 2: 15,4%, nivel 3: 41,7%, nivel 4: 18,9%, nivel 5: 10,3%. Un 13,7% no clasificado. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: dificultad respiratoria 36,6%, síndrome febril 14,3% y vómitos 11,4%. En cuanto al turno en el que ingresaron predomina de 15-22 h (40,6%). Permanecieron ingresados menos de 24 horas el 67,8%, entre 24-48 horas el 28,1% y más

de 48 horas el 4,1%. Media 21,08 (DE: 13,37) horas, mediana 20 horas. El 97,7% fue alta a su domicilio, el 1,7% ingresó en hospitalización y el 0,6% se trasladó a otro centro. Por nivel de clasificación presentan una mediana menor de tiempo de observación, los niveles 5, resto sin diferencias significativas. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: crisis asmática 24,6%, bronquiolitis 14,9%, vómitos cetónicos 8,6%, infección de características víricas 6,3%, GEA 5,1%, TCE con riesgo 4,6%, infección respiratoria sin broncoespasmo 4,6%, convulsión febril 3,4%.

Conclusiones. En nuestro medio, en meses de alta frecuencia, existe un predominio de la patología respiratoria urgente que precisa observación hospitalaria. La unidad de observación permite garantizar una asistencia y tratamiento de alta resolución en menos de 48 horas evitando estancias más prolongadas.

ESTADO DE ÁNIMO PERCIBIDO EN ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN. Liqueste Arauzo L¹, Pérez Ruiz E², Izquierdo Elizo A³, Alonso Vivas C⁴, Marugán de Miguelsanz JM⁵, Xintavelonis D⁶, Tríguez García M¹, Ugidos Cuervo D⁶. ¹Pediatra. CS Eras del Bosque. Palencia. ²Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Psicólogo Clínico. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁴Residente de 4º año MFyC. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁵Pediatra. H. Clínico Universitario de Valladolid. ⁶Enfermera. CS Eras del Bosque. Palencia.

Introducción y Objetivos. En el estudio del desarrollo del adolescente y su comportamiento, hay que tener en cuenta dos áreas clave, la autoestima y las relaciones entre pares. En este trabajo se analiza el estado de ánimo percibido en adolescentes.

Material y Métodos. Estudio descriptivo transversal de período. Muestra representativa de los adolescentes (13-18 años) de Castilla y León (102.664 en curso escolar 2014-2015). Se estimó una proporción del 50% en todas las respuestas, un margen de confianza del 95,5% y un error en contraste bilateral del 1,7%. Se obtuvo una muestra de 3.343 adolescentes distribuidos en la totalidad de las provincias de Castilla y León, a los que se realizó una encuesta telemática durante el horario escolar. Gestión automatizada y externa de los datos. Análisis estadístico supervisado mediante el programa SPSS v.15.

Resultados. Los adolescentes estudiados en Castilla y León tenían una media de edad de 14,8±1,3 años. El 51,5% eran mujeres y un 20,3% de 2º ESO, un 25,7% de 3º ESO, un 32% de 4º ESO, un 14,5% de 1º Bachillerato LOE, un 6,4% de 2º Bachillerato LOE y un 1,1% de FP I y II. El estado de

ánimo referido era muy bueno en el 28,4%, bueno en el 48,9%, regular en el 19,1% y malo en el 3,6%. El estado de ánimo fue puntuado más negativamente por las mujeres, los sujetos de mayor edad y por aquellos cuya estructura familiar fue diferente de la nuclear ($p<0,001$ respectivamente). La asociación del estado de ánimo con otras variables comportamentales como el rendimiento escolar o las perspectivas sobre un futuro empleo es estadísticamente significativa ($p<0,001$, ambas).

Conclusiones. Los cambios en el estado de ánimo en adolescentes predisponen a conductas de riesgo. Además, la baja autoestima podría ser síntoma de un problema de adaptación social, de una situación de abuso, violencia... y la causa de un bajo rendimiento escolar. El 22,8% de adolescentes castellano-leoneses refieren encontrarse mal o regular de ánimo constituyendo un colectivo de alto riesgo para conductas desadaptativas.

PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL CONSUMO DE TABACO CONVENCIONAL Y ELECTRÓNICO EN ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN. Liqueste Arauzo L¹, Pérez Ruiz E², Marugán de Miguelsanz JM³, Izquierdo Elizo A⁴, Alonso Vivas C⁵, Xintavelonis D⁶, Tríguez García M¹, Ugidos Cuervo D⁶. ¹Pediatra. CS Eras del Bosque. Palencia. ²Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Pediatra. H. Clínico Universitario de Valladolid. ⁴Psicólogo Clínico. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁵Residente de 4º año MFyC. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁶Enfermera. CS Eras del Bosque. Palencia.

Introducción y Objetivos. La percepción de riesgo asociada al consumo de drogas en adolescentes se relaciona directamente con la probabilidad real de consumirlas. En este trabajo se recoge la percepción de riesgo de los adolescentes de Castilla y León referente al consumo ocasional de tabaco, porros y cigarrillos electrónicos.

Material y Métodos. Estudio descriptivo transversal de período. Muestra representativa de los adolescentes (13-18 años) de Castilla y León del curso 2014-2015. Se estimó una proporción del 50% en todas las respuestas, un margen de confianza del 95,5% y un error en contraste bilateral del 1,7%. Se obtuvo una muestra de 3.343 adolescentes distribuidos en la totalidad de las provincias de Castilla y León, a los que se realizó una encuesta telemática durante el horario escolar. Gestión automatizada y externa de los datos. Análisis estadístico supervisado mediante el programa SPSS v.15.

Resultados. Los adolescentes estudiados en Castilla y León refieren como:

	Peligroso	Seguro si se controla poco peligroso	No pasa nada
Fumar tabaco algún día	2.458 (73,5%)	671 (20,1%)	182 (5,4%)
Fumar porros algún día	2.809 (84%)	345 (10,3%)	157 (4,7%)
Fumar cigarrillos electrónicos (vapear)	1.969 (65,9%)	950 (28,4%)	69 (2,3%)

Conclusiones. La percepción de riesgo asociada al tabaco ha aumentado en nuestros jóvenes, lo que se traduce en una tendencia descendente en su consumo. Este hallazgo es congruente con lo ya postulado por Villalbí y con los resultados del ESTUDES 2014. Sin embargo, la percepción de riesgo asociada al consumo ocasional del cigarrillo electrónico en adolescentes castellanoleoneses es sensiblemente inferior a la del tabaco tradicional. Este hecho unido a que el e-cigarrillo se puede adquirir fácilmente, tienen saborizantes atractivos y fomenta nuevas formas de consumo de otras drogas podría ocasionar a largo plazo un repunte del tabaquismo entre los jóvenes; por lo que parece necesario implantar nuevas estrategias de control sobre esta forma novedosa de consumo.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE CONCENTRACIÓN, RENDIMIENTO ESCOLAR Y USO DE MENSAJERÍA AUTOMÁTICA DURANTE LAS TAREAS ESCOLARES EN ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN. Liqueste Arauzo L¹, Pérez Ruiz E², Marugán de Miguelsanz JM³, Izquierdo Elizo A⁴, Alonso Vivas C⁵, Xintavelonis D⁵, Arenas García P¹, Rodríguez Molinero L⁶. ¹Pediatra. CS Eras del Bosque. Palencia. ²Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Pediatra. H. Clínico Universitario de Valladolid. ⁴Psicólogo Clínico. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁵Residente de 4º año MFyC. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁶Pediatra. CS Casa del Barco. Valladolid.

Introducción y Objetivos. La impulsividad cognitiva está ampliamente relacionada con el rendimiento escolar. Se trata de una tendencia a responder de forma rápida y a cometer mayor número de errores en aquellas tareas en las que está presente la incertidumbre en la respuesta. En este trabajo se analiza la capacidad de concentración percibida por los adolescentes de Castilla y León.

Material y Métodos. Estudio descriptivo transversal de período. Muestra representativa de los adolescentes (13-18 años) de Castilla y León. Se estimó una proporción del 50% en todas las respuestas, un margen de confianza del 95,5% y un error en contraste bilateral del 1,7%. Se obtuvo una

muestra final de 3.343 adolescentes distribuidos de forma proporcional en la totalidad de las provincias de Castilla y León, a los que se realizó una encuesta telemática durante el horario escolar. La encuesta recogía la escala de impulsividad autoaplicada BIS-11-A y otras cuestiones referidas al rendimiento escolar, hábitos de ocio... En este trabajo se analiza el ítem 7 del BIS-11-A: "normalmente me concentro con facilidad", siendo este el de mayor impacto estadístico sobre la impulsividad cognitiva. Gestión automatizada y externa de los datos. Análisis estadístico supervisado mediante el programa SSPS v.15.

Resultados. Los adolescentes estudiados en Castilla y León tenían una media de edad de 14,8±1,3 años. El 51,5% eran mujeres y un 78% de ESO, un 20,9% de 1º y 2º Bachillerato LOE, y un 1,1% de FP I y II. Refieren concentrarse con facilidad siempre el 14,1% de nuestros adolescentes (n=473), a menudo el 32,4% (n=1.084), ocasionalmente el 36,3% (n=1.215) y nunca el 17,1% (n=571). No aparecen dificultades en relación al sexo. Presentan diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad (p=0,04), el tipo de familia, el uso de nuevas tecnologías (p=0,01) y con el rendimiento escolar (p<0,001). Aparece un perfil de mejor concentración con 13-14 años, familias nucleares, menor frecuencia en uso de *whatsapp* y mejor rendimiento académico.

Conclusiones. Las dificultades para la concentración en la adolescencia traducen un estilo de procesamiento holístico y no reflexivo de las situaciones o problemas, asociado, en parte, a la inmadurez de los circuitos cerebrales y a la falta de habilidades de autogestión. En nuestro trabajo la percepción subjetiva de concentración se ve modificada por la edad, el contexto familiar, el rendimiento académico y el uso concomitante de las nuevas tecnologías. Conocer estos factores y su impacto podría disminuir el riesgo de fracaso escolar en adolescentes.

VIERNES 15 DE ABRIL de 2016

Sala 2

ESCABIOSIS: UN CASO DE REINFECCIÓN POR EL FENÓMENO DE "PING PONG". Torres Montori A, Paz Payá E, Galbis Soto S, Rodríguez Bodero S, Vega Gutiérrez M, González Enseñat MA. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de Salud la Pilarica. Valladolid. Servicio de Dermatología Pediátrica. Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción. La escabiosis es una infestación producida por el parásito *Sarcoptes scabiei*. La forma habitual de contagio

es de humano a humano, siendo más prevalente en ambientes húmedos y fríos. Un único contacto con un individuo infestado suele ser suficiente para contraer la infección. El síntoma capital de la sarna es el prurito, muy intenso y molesto, sobretodo durante la noche y en ambientes calurosos. Afecta sobretodo a niños y adultos jóvenes y puede comprometer a todas las clases sociales.

Caso clínico. Paciente varón de ocho años sin antecedentes personales y familiares de interés, que es derivado por el pediatra por persistencia de lesiones cutáneas pruriginosas de dos años de evolución que mejoran en verano y tras tratamiento corticoideo tópico aunque recidivan a la semana de suspender el tratamiento. Han realizado tratamiento oral con ivermectina hace 18 meses y tratamiento antihistamínico oral sin mejoría ni alivio del prurito. Sus dos hermanos presentan lesiones similares, el hermano de 7 años desde hace 12 meses y la hermana de 4 años desde hace cinco meses. No otros contactos cercanos afectos. Viven en ciudad, sin animales de compañía ni contacto con medios agro-rurales. Presenta pápulas excoriadas, eritematoparduzcas, varias de ellas costrosas y de centro necrótico, muy numerosas en extremidades y tronco, con aspecto de liquenificación evidente. Se diagnosticó inicialmente de prurigo nodular realizando cultivo bacteriano de las lesiones que resultó positiva para *S. aureus* iniciando tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico durante 7 días y tratamiento tópico con corticoide-gentamicina durante quince días presentando mejoría clínica pero con persistencia de las lesiones en MMII y nalgas. Dado el cuadro familiar y ante sospecha de prurigo escabiótico se decide repetir tratamiento con ivermectina oral al paciente y a su entorno familiar. A los quince días refieren que tras tratamiento con ivermectina crema una aplicación a la semana durante dos semanas, los hermanos y el paciente están mejor clínicamente presentando muchas de las lesiones en fase cicatricial con hiperpigmentación postinflamatoria.

Comentario. Es fundamental para la erradicación de la escabiosis la necesidad de tratar a todos los que conviven bajo el mismo techo, para evitar el fenómeno de reinfección en "ping pong". Tendremos que sospechar este fenómeno cuando nos encontremos infecciones que no ceden con el tratamiento adecuado, que ceden parcialmente o que ceden por un tiempo y vuelven a aparecer. No hay que olvidarse de eliminar cualquier fuente de infestación mediante lavado y secado.

LESIONES PURPÚRICAS DE TÓRPIDA EVOLUCIÓN. ¿AFECTACIÓN AISLADA O SISTÉMICA? Moreno Vicente-Arche BM, Ramos Velis EJ, del Villar Guerra P, Celia Reig del Moral C, Hernández Carbonell M, Casado Verrier B, Martín Martín

G, Rodríguez Velázquez J. *Servicio de Pediatría. Servicio de Dermatología. Hospital General de Segovia. Segovia.*

Introducción. La vasculitis puede ser de causa primaria o secundaria a un proceso subyacente (infecciosa, farmacológica, reumatológica, etc.). La clínica es variada y dependerá de la localización, el calibre y el número de vasos afectados diferenciando entre vasculitis sistémicas (extensión generalizada) y aisladas o limitadas (órganos o territorios únicos). Presentamos el caso de una niña con vasculitis leucocitoclástica cutánea (VLC) con afectación cutánea muy intensa, secundaria a infección faríngea por *S. pyogenes*.

Caso clínico. Niña de 11 años de edad, sana, que presenta cuadro febril y odinofagia de 3 días de evolución. Tras 24 horas inicia lesiones eritematosas en región distal de miembros inferiores que en 48 horas evolucionan a lesiones purpúricas ampollosas asociando fiebre, abdominalgia, artralgias, hiporexia y astenia. *Exploración física:* lesiones purpúricas ampollosas en región distal de miembros inferiores con eritema perilesional y dolor intenso a la palpación, edema de tobillos y pies. Lesión ulcerada en región glútea derecha. Escasas lesiones en región proximal de muslos y abdomen. A nivel de miembros superiores presenta lesiones maculopapulosas en manos, región escapular y axilar que no blanquean a la digitopresión. *Pruebas complementarias:* analítica: 13.030 leucocitos/mm³, Hb 14,5 g/dl, 283.000 plaquetas/mm³, VSG 38 mm/h, PCR 6,5 mg/dl, factor reumatoide <20 UI/ml. Inmunoglobulinas y complemento: normales. Serología de hepatitis: negativo. Ac anti-DNA y ANCA: negativos. Ac antinucleares: positivos. Sistemático de orina: sangre 2+, proteínas indicios. Frotis faríngeo: *Streptococcus pyogenes*. Hemocultivo, urocultivo, cultivo de punción-aspiración de lesión ampollosa: negativos. Anatomía patológica de biopsia de lesión: vasculitis leucocitoclástica. Inmunofluorescencia negativa. *Evolución:* a su ingreso se inicia tratamiento con analgesia, dexclorfeniramina, prednisona y ampicilina oral. Aparición de nuevas lesiones purpúricas en extremidades y glúteos, ulcerándose en los pies. Desaparición de la abdominalgia en 24 horas y de las artralgias en 72 horas. Evolución lenta de las lesiones ulceradas con aparición de tejido necrótico, sin signos de infección, con importante dolor. Precisa desbridamiento quirúrgico el día +16. Evoluciona favorablemente, manteniendo tratamiento tópico. Tras 20 días de ingreso se decide alta a domicilio manteniendo curas en ámbito hospitalario.

Discusión. La VLC es una vasculitis aislada difusa de pequeño vaso requiriendo en ocasiones tratamiento sistémico inmunodepresor. Se caracteriza por presentar púrpura palpable que persiste durante 1-4 semanas pudiendo asociar

brotos o recurrencias. Puede desencadenarse por antígenos exógenos (infecciones, fármacos, etc.) apareciendo las lesiones entre 7 y 10 días tras el contacto con el agente causal. En nuestra paciente llama la atención la mala y rápida evolución a pesar del tratamiento corticoideo, presentado zonas de ulceración y necrosis llegando a precisar desbridamiento quirúrgico, momento a partir del cual inicia lenta mejoría. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial, sobre todo ante casos graves, y descartar la presencia de una enfermedad sistémica primaria subyacente.

ESTUDIO DE NEUTROPENIAS EN LA INFANCIA EN UNA UNIDAD DE HEMATOLOGÍA INFANTIL. Ovalle Álvarez C, Andrés Álvaro M, Caballero Álvarez D, Gacimartín Valle P, Guillén Pérez MÁ, Herraiz Cristóbal R, González García H. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Estudiar la prevalencia, formas clínicas y evolución en niños diagnosticados de neutropenia en la Unidad de Hematología Infantil del Hospital Clínico de Valladolid.

Material y Métodos. Se estudiaron niños de hasta 14 años diagnosticados de neutropenia entre los años 2000-2016 en nuestra Unidad de Hematología Infantil excluyendo la neutropenia post quimioterapia. La cifra de neutrófilos absolutos se valoró según grupos de edad y se clasificó en neutropenia muy grave (< de 200/mm³), grave (<500/mm³ y > de 200/mm³), moderada (500-1000/mm³) y leve (1000-1500/mm³). Se estudian dos grupos: menores y mayores de dos años. Las variables numéricas se expresan en mediana e intervalo intercuartil y las cualitativas en frecuencia absoluta (n) y relativa (%). La comparación de porcentajes se realizó mediante el test de la Chi cuadrado con nivel de significación: p<0,05.

Resultados. Se han detectado 43 casos nuevos de neutropenia, con predominio del sexo masculino (n= 24, 55,8%). La causa más frecuentes fueron neutropenia autoinmune (n= 16, 37,2%), neutropenia benigna idiopática (n= 8, 18,6%), neutropenia postinfecciosa (n=7, 16,3%), la neutropenia familiar benigna (n= 3, 7%) y neutropenia cíclica (n= 3, 7%). Formas congénitas fueron dos casos asociados a anemia de Fanconi (2,7%). Se diagnosticaron 3 casos neonatales, dos de causa autoinmune y uno por transferencia de anticuerpos maternos no autoinmune. La mediana de edad al diagnóstico fue de 2 años con intervalo intercuartil de 6 meses a 10 años. El hallazgo analítico de la neutropenia se realizó como causas más frecuentes por analítica como hallazgo casual en 20 casos (46,5%) y en 17 casos (39,5%) por analítica realizada por infección. La mediana del recuento de neutrófilos fue de

850/mm³ (cuartiles: 534-1308,5). La neutropenia duró una mediana de 2 años con intervalo intercuartil de 3 meses a 10 años. De las neutropenias autoinmunes, en dos casos se encontraron positividad de ANA y en el 100% anticuerpos antineutrófilos. Se realizaron once estudios de médula ósea (25%) y resultaron patológicas 4 (36,36% de las realizadas). En la evolución 16 niños presentaron infecciones de repetición (37,2%), pero el uso de factor estimulante de colonias de granulocitos solo fue empleado en 4 casos (9,3%). La neutropenia al diagnóstico fue leve en 18 (41,9%), moderada en 16 (37,2%), grave en 4 (9,3%) y muy grave en 5 (11,6%). Por grupos de edad 24 fueron menores de dos años (55,8%) y 19 mayores (44,2%). El porcentaje de formas moderadas o graves fue significativamente mayor en el grupo de menos de dos años (68%) frente al grupo de más de dos años (32%) (p<0,05).

Conclusiones. La frecuencia relativa de neutropenias autoinmunes en nuestra serie, que supone el primer diagnóstico, es alta en relación a estudios de incidencia donde la neutropenia infecciosa es la causa más frecuente. El diagnóstico de neutropenia grave es más frecuente en niños menores de dos años, asociada al diagnóstico de neutropenia autoinmune del lactante.

CRECIMIENTO FETAL DESDE LA SEMANA 34 DE GESTACIÓN HASTA EL NACIMIENTO. UN ESTUDIO DE COHORTES. Madrigal Díez C, Báez del Toro N, Martínez Solana P, Castillo Royo J, Lastra Martínez LÁ, Castro Ramos I, Escorial Briso Montiano M, Redondo Figuero C. *Pediatras de Atención Primaria de Cantabria.*

Introducción. Revertir los datos actuales de obesidad en la infancia es el reto asistencial del pediatra del siglo XXI. En nuestra comunidad, uno de nuestros estudios constató que un 29,5% de los niños de 2 años ya tenían exceso de peso. Si no queremos llegar tarde, hay que identificar los factores de riesgo más precoces de esta enfermedad, entre los que se encuentra el estado nutricional del feto. En la actualidad existe consenso en aconsejar el uso de estándares poblacionales actualizados para realizar una correcta clasificación de los recién nacidos según su peso. Esto es importante, porque estudios retrospectivos han establecido que el peso al nacimiento, así como los cambios rápidos en el patrón de crecimiento en la infancia temprana, están asociados a un aumento de riesgo de obesidad, hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes e incluso algunos tipos de cáncer.

Objetivo. Describir como es el crecimiento fetal y estado nutricional al nacimiento de una muestra representativa

de niños nacidos en Cantabria, entre la semana 34 y 42 de gestación. Obtener unas curvas propias y actualizadas de nuestra población con las que poder realizar una adecuada clasificación de los recién nacidos según su estado nutricional y permita compararnos con los estándares poblacionales de referencia.

Métodos. Estudio observacional mixto en el que participan 25 pediatras ambulatorios recogiendo el sexo, la EG y los datos antropométricos recogidos en el hospital en el momento de nacimiento. Se realizó a partir de 2 cohortes representativas de los RN de Cantabria: 1) Cohorte retrospectiva de 1.277 niños, nacidos entre noviembre de 2011 y noviembre de 2013, captados en la revisión de los 2 años; 2) Cohorte prospectiva de 1.158 niños, nacidos entre noviembre de 2013 y noviembre de 2014, captados en la 1ª revisión pediátrica ambulatoria. Se fusionaron las 2 bases de datos antropométricos neonatales y se optimizaron únicamente los datos correspondientes a las medidas antropométricas en el nacimiento. En el análisis estadístico, como el peso no sigue una distribución gaussiana, para la elaboración de las gráficas se utilizó el método de transformación Box-Cox-transformations, con el suavizamiento de curvas mediante splines cúbicos según el método LMS y el método de suavizado BCPE. El estudio fue aprobado por el CEIC de Cantabria y la Gerencia de Atención Primaria.

Resultados. La muestra estudiada, 1.073 niñas y 1.193 niños, presenta una distribución según la edad gestacional similar en ambos sexos, al contrario que la distribución según el peso al nacer, ya que en el sexo femenino predomina el bajo peso al nacer, mientras que en el masculino se observan más RN con un peso excesivo. Respecto al peso global, se ha observado que el peso no sigue una distribución normal en ninguno de los dos sexos y que el peso mediano al nacimiento es mayor en los varones. Mediante la anterior metodología se han elaborado curvas de percentiles del peso (kg) al nacer según la edad gestacional (semanas), para niños y niñas de entre 34 y 42 semanas de edad gestacional, muy útil para evaluar el estado nutricional de los niños nacidos en Cantabria y que sirve como punto de partida para estudiar el crecimiento durante el primer año de vida y los factores que influyen en el mismo.

COMPARACIÓN DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO FETAL DE NUESTRO ENTORNO CON EL ESTÁNDAR INTERNACIONAL. Madrigal Díez C, Bercedo Sanz A, Güemes Veguillas E, Caviedes Altable B, Martínez Repáraz I, Duque González S, Rubio Álvarez AM, Redondo Figuero C. *Pediatras de Atención Primaria de Cantabria*.

Introducción. El peso al nacimiento según la edad gestacional es según la OMS un indicador recomendado por la OMS para valorar el tamaño al nacimiento y la salud prenatal y postnatal. Para obtener este indicador es necesario desarrollar curvas y tablas de referencia que relacionen el peso al nacimiento con la edad gestacional. Con el objetivo de complementar las gráficas de crecimiento para niños de entre 0 y 5 años publicadas por la OMS en el año 2006, nace el proyecto "Intergrowth-21". Este es un estudio prospectivo, multicéntrico e internacional, que ha recogido datos de embarazadas sanas de 8 núcleos urbanos de América, África, Europa y Asia, y que tiene como objetivo desarrollar unos estándares que describan el crecimiento y el estado nutricional normal de los recién nacidos. Con ello se pretende desarrollar un estándar de cómo los recién nacidos deben crecer, con datos aplicables a todos los países. Dichos estándares internacionales son necesarios para comparar resultados en diferentes poblaciones, y medir la cualidad del tratamiento de la salud maternal y de los recién nacidos.

Objetivo. Comparar las curvas de crecimiento fetal desde la semana 34 de gestación hasta el nacimiento, confeccionadas en la actualidad a partir de una muestra representativa de nuestra población, con la única referencia internacional vigente, las gráficas de peso al nacimiento del proyecto "Intergrowth-21".

Personas y Métodos. Datos antropométricos neonatales de 2.266 RN nacidos en Cantabria desde nov 2012 a nov 2015 en los cupos de 25 pediatras de Atención Primaria y con una edad gestacional entre las 34 y 42 semanas de embarazo. Se calculó la distribución del peso al nacer en función del sexo y de la semana gestacional utilizando el método LMS de Cole y el método LMSP utilizado por la OMS empleando el programa estadístico R.

Resultados. Cuando comparamos los resultados de nuestro estudio con el estándar internacional de la OMS, no se aprecian diferencias significativas entre ambas poblaciones en los valores de los pesos de los recién nacidos a partir de la semana 36 de edad gestacional, y las curvas de percentiles del peso al nacer según EG muestran una buena concordancia tanto en niñas como niños. No obstante, encontramos que los valores de los pesos de nuestra población de recién nacidos en la semana 34 y 35 de EG son menores, lo que se refleja en un leve desplazamiento de las curvas de percentiles hacia abajo, aunque no es un resultado que pueda darse como concluyente debido al menor número de casos de nuestra muestra para estas semanas de EG.

Conclusiones. Nuestras gráficas son unas curvas de crecimiento adaptadas a los recién nacidos de nuestro entorno y con unos valores bastantes similares a los estándares

internacionales "intergrowth-21". Este hecho refuerza la idea de que nuestras gráficas serían una herramienta útil para la supervisión del crecimiento fetal desde la semana 36 hasta la 42 en nuestra comunidad. El hecho de que exista una buena concordancia con un estándar internacional de carácter prescriptivo sugiere que nuestro recién nacidos crecen en unas condiciones óptimas durante el embarazo.

INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO. Mena Huarte J, Fraile Astorga G, Torres Aguilar L, Salamanca Zarzosa B, Pérez Gutiérrez E, Montejo Vicente M, Diez Monge N, Centeno Malfaz F. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Los cólicos de inmadurez representan una entidad patológica frecuente, con una respuesta al tratamiento específico variable, lo que les hace susceptibles del uso de remedios caseros. Es el caso del anís estrellado (*Illicium verum Hooker filius*), no exento de reacciones adversas tanto por sobredosificación, contaminación casual, o reemplazo por especies neurotóxicas. Presentamos el caso con sintomatología neurológica asociada al consumo del mismo.

Caso Clínico. Neonato de 25 días de vida, previamente sano, que acude a Urgencias de Pediatría por presentar episodios de rigidez generalizada, desconexión del medio y enrojecimiento cutáneo coincidiendo con el llanto. Movimientos "anómalos" de los ojos de cuatro horas de evolución, asociando en las últimas tomas dos vómitos alimentarios. *Antecedentes perinatólogicos:* RNT con somatometría normal al nacimiento, parto eutócico, Apgar 9/10. Lactancia mixta desde el nacimiento con desarrollo psicomotor normal. Presenta cólicos de inmadurez, administrándole desde el día previo varias infusiones de anís estrellado adquirida en un herbolario preparadas con 2-3 bolitas en cada 200 ml. *Exploración física:* TEP: alterado aspecto. Adecuada coloración cutáneo-mucosa. Buen relleno capilar. Taquicardia de 190 lpm. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Enrojecimiento y rigidez generalizada con el llanto. Fontanela anterior normotensa. Reflejos primitivos conservados, hiperreflexia rotuliana y bicipital con aumento del área reflexógena. Pupilas isocóricas y normorreactivas, nistagmo horizonte-rotatorio bilateral casi constante que impide la fijación de la mirada. No presenta otros signos de focalidad. Resto de exploración normal. Se realiza hemograma, bioquímica, equilibrio ácido-base, punción lumbar y determinación de tóxicos en orina: negativos; ecografía abdominal y transfontanelar sin hallazgos significativos; ECG: taquicardia sinusal. Se ingresa con monitorización continua de la función cerebral, sin trazados patológicos

durante el registro. Se mantiene hemodinámicamente estable, desapareciendo los episodios de rigidez y el nistagmo en las primeras doce horas. Electroencefalograma posterior normal.

Comentarios. La intoxicación por anís estrellado no dispone de marcadores biológicos específicos, por lo que se trata de un diagnóstico de exclusión. Los síntomas suelen durar 24-48 horas, con desaparición posterior y sin secuelas aparentes. Se hace un diagnóstico diferencial con causas infecciosas, isquemia focal, hemorragia intracraneal y malformaciones del SNC, alteraciones metabólicas, síndromes epilépticos neonatales y del lactante, síndromes de abstinencia e intoxicaciones. La difusión de estos casos, facilitará la identificación de esta entidad por los Pediatras. La idea de inocuidad, la falta de información respecto al uso correcto, dosificación, y componentes en el etiquetado de los productos de herbolario contribuyen a esta situación.

NARCOLEPSIA: LOS LÍMITES DEL SUEÑO. Arribas Arcedillo M¹, Hedrera Fernández A¹, Martínez Medina ÓF², Cano Del Pozo M², Asensio Valencia D¹, Cancho Candela R¹, Centeno Malfaz F¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Neurofisiología. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La narcolepsia es una entidad con una incidencia de 25-35 por cada 100.000 habitantes y que consiste en una disregulación de los límites entre sueño y vigilia que se caracteriza por la tétada hipersomnia diurna, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas y parálisis del sueño. Es una patología rara que requiere diagnóstico temprano ya que conlleva consecuencias importantes en la calidad de vida de los pacientes con problemas escolares, laborales y aislamiento social.

Caso clínico. Se presenta un varón de 9 años que acude a la consulta de neurología infantil derivado desde ap por somnolencia diurna de cuatro años de evolución y terrores nocturnos ocasionales con despertares frecuentes, sueños vívidos y somniloquia. Cuando ríe a carcajadas impresiona de pérdida de tono mandibular Su madre de 44 años presenta hipersomnia diurna, sin diagnóstico concreto, precisando estimulantes para mantener el nivel de alerta. Se realizan estudios complementarios al paciente con polisomnografía normal, test de latencias múltiples (TLMS) alterado (latencia de adormecimiento inmediata y cuatro SOREMP), resultado positivo para el alelo HLA DQB10602 y niveles de hipocretina bajos en LCR. Ante la confirmación diagnóstica de narcolepsia, se inicia tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata y se instauran medidas de higiene del sueño, presentando mejoría clínica evidente con desaparición de hipersomnia diurna, restablecimiento del sueño nocturno y

mejoría del rendimiento académico. Asimismo, se valora a la madre del paciente, la cual describe sensación de lentitud motora y cognitiva desde la infancia con tendencia al sobrepeso y somnolencia diurna excesiva con caídas ocasionales que podrían corresponder a episodios de cataplejía. En su estudio presenta genética positiva para narcolepsia y una latencia media del sueño menor de 8 minutos en el TLMS. Del mismo modo, en su caso, refiere mejoría sintomática en relación con la somnolencia y la sensación de fatiga tras el inicio del tratamiento con metilfenidato.

Comentario. La narcolepsia es una patología de etiología desconocida aunque hay datos que apoyan la hipótesis de que tiene un componente autoinmunitario que se desencadena en sujetos predispuestos y con agregación familiar. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y es muy frecuente el retraso del mismo; algunos estudios revelan un retraso de 10-15 años. Presentamos este caso por la singularidad del diagnóstico materno a sus 44 años a través del diagnóstico del hijo. Es básico ofrecer información y educación sobre la enfermedad ya que el objetivo del tratamiento es conseguir una calidad de vida óptima para el paciente y su familia.

NEUROBLASTOMA METASTÁSICO SIN AMPLIFICACIÓN DEL N-MYC EN PACIENTE DE DOS MESES, TUMOR DE BUEN PRONÓSTICO. Gacimartín Valle P, Herraiz Cristóbal R, Guillén Pérez MÁ, Tobar Mideros MC, González-Lamuño Sanchís C, Moreno Carrasco JL, Fernández Provencio V, González García H. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El neuroblastoma es el tumor extracraneal sólido más frecuente en la infancia, tercero en frecuencia tras las leucemias y tumores del sistema nervioso central. Puede localizarse a lo largo de toda la cadena simpática, presentando clínica según crecimiento local y diseminación. La localización más frecuente es en el abdomen (69%), sobre todo en la glándula suprarrenal, presentándose como masa dura y fija. Puede ocasionar síndrome de opsoclono-mioclono, hipertensión intracraneal o diarrea secretora acuosa intratable. Las metástasis más frecuentes son en médula ósea (ocasionando dolor óseo en deambulación o irritabilidad en lactantes), en hueso, hígado o piel.

Caso clínico. Lactante de dos meses con hallazgo ecográfico de masa suprarrenal izquierda con metástasis hepáticas en estudio realizado por fallo de medro e irritabilidad desde el mes de vida. Durante su ingreso se realiza estudio de extensión con hemograma sin hallazgos relevantes con frotis sanguíneo sin alteraciones, normetanefrina 245 pg/ml (rango

normal 18-111), enolasa neuroespecífica 55 ng/ml (rango 1-20) y catecolaminas en orina negativas. Se solicitan así mismo pruebas de imagen con RM abdomino-pélvica presentando una masa suprarrenal izquierda de 3 cm de diámetro con múltiples metástasis hepáticas sin otros signos de diseminación tumoral. Se realiza además gammagrafía con *Meta-Iodo-Bencil-Guanidina (MIBG)*, prueba realizada con I¹²³ (radiotrazador captado específicamente por las células tumorales del neuroblastoma), resultado negativa. Al presentar catecolaminas en orina y MIBG negativas, pruebas habitualmente positivas en los neuroblastomas y específicas del mismo, se completa estudio con TAC de tórax y gammagrafía ósea sin hallazgos relevantes. Se completa el estudio con aspirado y biopsia de médula ósea, la cual se encuentra infiltrada. Ante estos hallazgos se realiza cirugía con resección completa de glándula suprarrenal izquierda, con estudio anatomopatológico compatible con neuroblastoma pobremente diferenciado sin amplificación del N-MYC (Estadio MS por afectación metastásica hepática). Actualmente se encuentra dentro del protocolo de bajo riesgo de neuroblastoma y se mantendrá actitud expectante, realizándose seguimiento ecográfico cada ocho semanas hasta que exista evidencia de regresión tumoral.

Comentario. En un paciente con irritabilidad y fallo de medro tras descartar otras patologías más frecuentes debemos pensar en procesos onco-hematológicos. El neuroblastoma con metástasis hepáticas en paciente menor de doce meses sin amplificación del gen N-MYC ni alteraciones cromosómicas segmentarias tiene buen pronóstico sin tratamiento alguno, siendo necesario el seguimiento ecográfico hasta objetivar su regresión.

PREVALENCIA Y SUPERVIVENCIA DE CÁNCER INFANTIL EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL. Andrés Álvarez M, Caballero Álvarez D, Ovalle Álvarez C, Gacimartín Valle P, Herraiz Cristóbal R, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, González García H. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Estudiar la prevalencia y supervivencia de cáncer infantil en la Unidad de Oncología Infantil del Hospital Clínico de Valladolid desde 1999 hasta el año 2015.

Material y Métodos. A través de las historias clínicas se obtuvo información de los pacientes menores de 15 años que fueron diagnosticados por primera vez de cáncer durante los años 1999 hasta 2015 en la unidad de oncología infantil del hospital clínico de Valladolid. La información sobre el diagnóstico de cáncer de cada caso se efectuó siguiendo las normas consensuadas internacionalmente (IARC) y fueron

TABLA I.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Sexo	Mujer	Varón	Mujer
Edad al debut	4 años 3 meses	3 años 2 meses	10 años 4 meses
Edad actual	13 años 8 meses	5 años 6 meses	11 años 6 meses
Antecedentes familiares reumáticos/autoinmunes	No	No	No
Clínica inicial	1º Fiebre 15 días 2º Exantema 3º Artritis cadera	1º Fiebre 10 días 2º Adenopatías 3º Esplenomegalia 4º Artritis rodilla	1º Poliartritis 2º Exantema 3º Fiebre 10 días
Pruebas complementarias:			
- Analítica sangre	Leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, ↑ PCR, VSG y ferritina		
- Microbiología	Negativa		
- ANA/FR	Negativos		
- C3 y C4	Normales		
- Médula ósea	Normal (no células malignas ni hemofagocitosis)		
Tratamiento inicial	AINES + Corticoterapia	Amoxi-Clavulánico (7 días) Posteriormente AINES + Corticoterapia	AINES + Corticoterapia
Número de brotes	3	1	1
Tratamiento posterior	Etanercept	No precisó	No precisó
Evolución	AIJ poliarticular	Asintomático	Asintomática

clasificados en 12 grandes grupos, siguiendo la *International Classification of Childhood Cancer*, 2005 (ICCC-3). Las variables cualitativas en frecuencia absoluta (n) y relativa (%). La comparación de porcentajes se realizó mediante el test de la Chi cuadrado. El nivel de significación establecido fue de $p < 0,05$.

Resultados. Se han detectado 86 casos nuevos de cáncer infantil, con predominio del sexo masculino (52,3%). El tumor más frecuente fueron los tumores del sistema nervioso (22,1%) central seguida de la leucemia (20,9%) y los linfomas (14%). Por grupos de edad la mayor prevalencia se apreció en el grupo de 0-4 años (50%), donde predominaron las leucemias, seguido del grupo de 5-9 años (30,2%) y del grupo de 10-15 años (19,8%) donde predominaron los linfomas. Por sexos en las niñas predominaron las leucemias (31,7%) y en los varones los tumores del SNC (28,9%). Existe un aumento del número de casos diagnosticados desde 2008 (64%) con respecto a los procedentes de años previos (36%). La supervivencia global fue del 79,5%. Se apreció diferencia significativa entre la supervivencia de leucemias (94,4%) y los tumores del SNC (47,1%) ($p = 0,003$). La supervivencia global no presentó diferencias por sexo.

Conclusiones. La frecuencia relativa por grupos diagnósticos de cáncer infantil en nuestra Unidad se aproxima a las aportadas en series nacionales e internacionales. El aumento

de prevalencia en la Unidad coincide con la apertura de cartera de servicios de Cirugía Infantil y UCIP, y más recientemente con Radioterapia y Neurocirugía. La supervivencia global y por grupos tumorales es comparable a las series nacionales e internacionales.

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA: REVISIÓN DE CASOS. Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, González García H, Pino Vázquez MA, Álvarez Guisasola FJ. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

Introducción. La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) aparece en un 10-20% de pacientes con AIJ, siendo el subtipo de dicha enfermedad que presenta unas características clínicas y analíticas más especiales, así como un curso clínico más grave por la posibilidad de desarrollar un síndrome de activación macrofágica (SAM), diferenciándose bien del resto de formas de AIJ.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes con AIJs seguidos en nuestro centro. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, tratamiento y evolución a corto-medio plazo.

Resultados: Tabla I.

Conclusiones. En nuestra serie los casos de AIJs aparecen en ambos sexos, con un rango de edad de presentación variable y sin antecedentes destacables, como se demuestra en otras series publicadas. Todos los pacientes mostraron una evolución favorable con corticoterapia precoz, sin desarrollar en ningún caso un SAM. Se incide en la importancia del conocimiento de esta patología para iniciar un tratamiento temprano que pueda evitar sus complicaciones; así como en un correcto diagnóstico diferencial de la misma con procesos infecciosos y tumorales.

INMUNOGLOBULINA D EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFANTILES. Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, González García H, Pino Vázquez MA, Álvarez Guisasaola FJ. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

Introducción. La inmunoglobulina D (IgD) es una de las proteínas presentes en suero humano peor conocida y representa menos del 1% del total de inmunoglobulinas. En la actualidad se considera un marcador de creciente importancia en enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias, siendo un potente inductor de TNF- α , IL-6 e IL-10, aunque todavía no existen publicaciones sobre niveles de IgD en niños con diferentes patologías ni se conoce bien cómo interpretar un incremento en sus valores.

Material y Métodos. Estudio prospectivo sobre niveles de IgD en niños seguidos en consulta de Inmunología/Reumatología Pediátricas por diversas condiciones patológicas desde Enero a Diciembre del 2015. Se consideraron altos unos niveles de IgD >100 mg/L o >14 mg/dl en una o más determinaciones.

Resultados. Durante dicho período se realizaron niveles de IgD en 28 pacientes: Un 64% (18) fueron mujeres, mediana de edad de 9 años (rango 1-14). Un 57% (16) correspondieron a pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (11 oligoartritis, 2 poliartrosis, 2 sistémicas, 1 artritis relacionada con entesitis), un 32% (9) pacientes con enfermedades autoinflamatorias (6 PFAPA, 2 fiebres mediterráneas familiares y 1 Behçet) y un 11% (3) conectivopatías (2 lupus, 1 esclerodermia). Se encontraron valores aumentados de IgD en alguna determinación en un 14% (4): 2 PFAPA, 1 AIJ sistémica y 1 Behçet. En estos 4 pacientes se detectaron los niveles más elevados de PCR y VSG en brotes, en comparación con el resto de enfermos. En los casos en los que se obtuvo un valor aumentado de IgD durante un brote, se repitió una segunda determinación basal, que se mantuvo elevada en todos los casos. Tras iniciar terapia específica se comprobó disminución en valores de

IgD en el caso de AIJ sistémica, que mejoró clínicamente. En los otros 3, los niveles de IgD continuaron elevados a pesar de inicio de tratamiento, encontrándose dichos pacientes con actividad actual de sus enfermedades.

Conclusiones. Aunque el papel específico de la IgD sigue sin establecerse, sus niveles se encuentran aumentados en algunas enfermedades reumáticas, sobre todo, en pacientes con base autoinflamatoria y con los valores más altos de PCR y VSG. Queda por aclarar que implicaciones futuras tendrá un incremento de sus niveles, así como por determinar sus valores en otras enfermedades infantiles con base autoinmune e infecciosa, y en población pediátrica sana. Se necesitan más estudios para comprender la relación entre un aumento de IgD y la patogénesis de estas enfermedades, así como para conocer el futuro papel de la IgD como diana terapéutica en estas patologías. Animamos a los investigadores de nuestra sociedad a profundizar en este tema.

NEURO/NEFRO-LUPUS INFANTIL COMO FORMA DE DEBUT DE LA ENFERMEDAD. Moreno Vicente-Arche BM, Santana Rodríguez C, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, Castrillo Bustamante S, Reig del Moral C, García Velázquez J. *Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) constituye una enfermedad infrecuente en pediatría (0,5-0,6 casos/100.000 niños/año), siendo de gran interés por su elevada morbi-mortalidad. La afectación renal en el niño es más frecuente que en el adulto y suele presentarse en la segunda década de la vida. En niños predomina en varones.

Caso clínico. Niña de 10 años de edad con antecedente de dermatitis atópica. Refieren cuadro de 20 días de fiebre elevada, astenia y anorexia, con febrícula posterior. Inicialmente fue diagnosticada de infección urinaria (leucocitos 1+, proteínas 3+, eritrocitos 1+), completando 7 días de antibioterapia (amoxicilina), con aparición posterior de un exantema. A pesar del tratamiento persiste la clínica, asociando abdominalgia difusa. Al ingreso, analítica sanguínea con 3.300 leucocitos/mm³, Hb 12 g/dl, 285.000 plaquetas/mm³ y VSG 38 mm; en el sistemático urinario persistía proteinuria (3+). *Exploración física:* destaca la presencia de eritema periungueal en dedos de las manos, mejillas, puente nasal y párpados, aftas en labios y livedo reticularis en miembros inferiores. *Se amplía estudio:* Ac anti-nDNA y ANA positivos a títulos altos; dsDNA, nucleosomas, histonas y proteína P ribosomal positivos. Orina de 24 horas: proteinuria en rango nefrótico (49 mg/m²/hora). A los 3 días se repiten hemograma (2580

leucocitos/mm³, Hb y plaquetas normales) y orina de 24 horas (proteinuria 32 mg/m²/h). Se realiza ecocardiograma objetivando leve derrame pericárdico en cara posterior ventricular derecha y ápex. Rehistoriando a la familia, refieren tener familiares con patología autoinmune (Sd de Sjögren, LES, tiroiditis). *Evolución:* durante el ingreso muestra tendencia a la hipertensión arterial con TA sistólica elevada (p98) asociando cefalea ocasional que cedía con analgesia. Tras el diagnóstico de nefropatía lúpica se deriva para estudio a un hospital de referencia. Allí comienza a presentar labilidad emocional, discurso inconexo y dificultad en la comprensión verbal. Ante clínica sugerente de neurolupus asociado a la nefropatía lúpica referida, se inicia tratamiento con ciclofosfamida, corticoterapia, sulfato de hidrocloquinina y lisinopril. La paciente presenta mejoría progresiva que permite descender tratamiento corticoideo. Se constata persistencia de proteinuria, asociando micofenolato de mofetilo al tratamiento con mejoría de la función renal.

Comentarios. La afectación renal lúpica es muy variada, desde mínima alteración sedimentaria a hematuria o fallo renal agudo, constituyendo la mayor causa aislada de morbilidad en LES. En los niños, la enfermedad afecta a mayor número de órganos, presentando un curso clínico más agresivo, con una mayor frecuencia de daño renal. Su asociación con afectación neurológica al debut (15%) puede ensombrecer el pronóstico. El objetivo del tratamiento es obtener el máximo control de la enfermedad con la menor morbilidad debida a efectos tóxicos medicamentosos. En los últimos años, ha mejorado espectacularmente la supervivencia gracias al diagnóstico temprano y a la mejora de los tratamientos utilizados.

SÁBADO 16 DE ABRIL DE 2016

Sala 1

FISURAS LABIALES Y PALATINAS. REVISIÓN CLÍNICA. Pérez España A, Gacimartín Valle P, de la Huerza López A, del Cañizo López A, Sánchez Abuín A, Aguilar Cuesta Rellán Rodríguez S, Matías del Pozo V. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Las fisuras labiales y palatinas son unas de las malformaciones congénitas más frecuentes, con una incidencia estimada en la raza caucásica de 1 por cada 700-1.000 recién nacidos vivos. Son producidas por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar durante el desarrollo embrionario. Con los avances

en las técnicas de imagen y en el control realizado durante el embarazo esta patología puede diagnosticarse a partir de las 20 semanas de gestación. Puede aparecer de forma aislada o asociada a otros defectos congénitos, con gran variabilidad tanto de la incidencia como de las malformaciones asociadas. Entre las complicaciones médicas destaca una alta prevalencia de otitis media en estos pacientes, lo que obliga a controles otológicos regulares. El objetivo de este trabajo es un estudio analítico sobre la fisura palatina y labio leporino en nuestro medio.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo que analiza las características clínico-epidemiológicas, tratamiento y evolución de los casos remitidos a la consulta de cirugía pediátrica de nuestro hospital de 2009 a 2015.

Resultados. Se revisaron un total de 11 historias clínicas. La relación hombre/mujer fue de 4/7. El 18% de los casos presentó afectación únicamente labial, 45% afectación palatina y el 37% restante tenía afectadas ambas estructuras. En cinco de los pacientes el labio afectado fue el izquierdo, mientras que en el caso restante la afectación fue bilateral. El 100% de los niños con afectación del paladar tenían alterado el paladar blando, y entre estos, el 55% presentaba alteración además del paladar duro. El 45% asociaba otras anomalías, entre ellas un dedo supranumerario, una fístula braquial del 2º arco, un síndrome de Prader-Willi y un síndrome de Pierre-Robin. La complicación más frecuente fue la otitis media serosa, estando presente en el 36% de los pacientes estudiados. La mayoría de los pacientes (72%) precisaron una única cirugía reparadora y tan solo el paciente que presentaba fisura palatina completa y labial bilateral precisó cuatro cirugías para su total corrección. La estancia media por cirugía fue de cinco días, hasta comprobar la correcta alimentación. Los labios leporinos fueron corregidos quirúrgicamente a los tres meses y medio de media, mientras que la media de edad de la primera cirugía reconstructiva del paladar fue a los dieciséis meses de vida.

Conclusiones. las fisuras orales son una patología compleja con un alto porcentaje de complicaciones médicas que precisan un tratamiento multidisciplinario. La alta incidencia de defectos congénitos asociados exige un cribado exhaustivo de los recién nacidos afectados.

INVAGINACIÓN INTESTINAL DE REPETICIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS. Molnar A, Gómez Farpón Á, Oviedo Gutiérrez M, Fernández García L, Cárdenas DC, Sarah Barnes Marañón S, Vega Mata N, Álvarez Muñoz V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción y Objetivos. La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en menores de dos años, pudiendo resolverse mediante enema neumático o hidrostático ecoguiado. La recidiva no es frecuente, no obstante existen casos con episodios de invaginación de repetición que pueden ser resueltos en la mayoría de los casos como el caso inicial, sin precisar intervención quirúrgica.

Material y Métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes tratados de invaginación intestinal ileo-cólica de repetición entre enero de 2005 y octubre de 2015, realizando un estudio comparativo con los casos en los que no existió recidiva.

Resultados. 18 Pacientes de un total de 133 invaginaciones ileo-cólicas (13%) han presentado un cuadro de invaginación intestinal de repetición durante estos últimos 10 años, 3 de ellos con 2 recidivas posteriores, lo que supone un total de 39 casos. La edad media del nuevo episodio fue de 24 meses (SD 17,69), no existiendo diferencias estadísticamente significativas con el grupo sin recidiva (18 meses, SD 13,64 y $p=0,6$). No se relacionó ningún caso con la vacunación reciente por Rotavirus. Clínicamente el dolor estuvo presente en todos los casos, asociando vómitos en 18 pacientes (46%) con deposiciones normales en 17 casos (43%), no encontrando diferencias en estas variables entre los dos grupos ($p=0,65$ y $p=0,137$ respectivamente). Para su tratamiento, solo 4 ocasiones se precisó cirugía, 3 por irreducibilidad y 1 por indicación médica, resolviendo los 35 pacientes restantes mediante enema hidrostático ecoguiado. En 8 pacientes (44%) la recidiva ocurrió en las primeras 24 horas, estando aún ingresados, en 9 (50%) niños dentro del primer año y en 1 (6%) paciente tras 18 meses del primer cuadro.

Conclusiones. La Invaginación intestinal de repetición es una entidad poco frecuente cuyo manejo es controvertido. Clínicamente no presenta diferencias en su modo de presentación, no encontrando ningún factor de riesgo asociado para su desencadenante. La ausencia de patología de base en la mayoría de los casos nos ha permitido, en consonancia con lo publicado en la literatura médica, que estos sean tratados mediante desinvaginación con enema ecoguiado incluso tras varias recidivas, reservando la cirugía para los casos en los que no fue posible la reducción hidrostática.

CAPUT SUCCEDANEUM COMPLICADO. Ortega Escudero M, Chamorro Juárez R, Hernández Díaz C, Ruiz Hierro C, González Herrero M, Gutiérrez Dueñas JM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Los partos con instrumentación pueden ocasionar lesiones cutáneas leves en la región cefálica de

los neonatos. Habitualmente su evolución es buena y no precisan tratamiento. El caso que presentamos describe una lesión severa cuyo tratamiento ha minimizado las potenciales secuelas estéticas.

Resumen del caso y Resultados. Varón de 9 días de vida, gemelar, pretérmino que precisó el uso de ventosa durante el parto. Presentaba una lesión occipital de 14 x 10 cm que afectaba a piel y tejido celular subcutáneo, con aspecto de piel desvitalizada y sin sangrado activo. Esta escara derivaba de caput succedaneum que afectaba prácticamente a la totalidad del cuero cabelludo, que había evolucionado hasta lo descrito anteriormente. Se iniciaron curas locales con antibióticos tópicos y necesitó desbridamiento manual al tercer día de ingreso. Para favorecer la granulación se aplicó terapia de presión negativa con sistema domiciliario junto con apósitos hidrofóbicos impregnados de ácido graso dicloroacético que reducen la carga bacteriana del lecho, haciendo que las bacterias se unan al apósito en un medio húmedo. Se consiguió cicatrización completa aproximadamente en un mes. Así se evitaron injertos que darían lugar a una cicatriz adicional en la zona donante. No precisó tratamiento antibiótico sistémico durante su tratamiento ni hubo signos de infección local. En la actualidad persiste cicatriz alopecica de 5 x 4 cm.

Comentario. El caput succedaneum suele desaparecer sin complicaciones, aunque cuando está a tensión o afecta a una superficie amplia puede necrosar la piel siendo necesario su tratamiento. Proponemos para su manejo las curas con presión negativa y apósitos hidrofóbicos, ya que favorecen la aparición de tejido de granulación y evitan la infección, pues son un medio físico que no sensibiliza la piel, carece de absorción sistémica y no precisa ser discontinuado por resistencia bacteriana.

MUCOSA ECTÓPICA EN EL DIVERTÍCULO DE MECKEL. CORRELACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICA Y ANATOMOPATOLÓGICA. Oviedo Gutiérrez M, Barnes Marañón S, Molnar A, Fernández García L, Lara Cárdenas DC, Víctor Álvarez Muñoz V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Analizar la correlación anatomopatológica-quirúrgica en una serie amplia de divertículos de Meckel (DM) en la edad pediátrica.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de 41 pacientes pediátricos intervenidos por DM entre 2000-2015. Análisis descriptivo de los historiales clínicos, con especial atención a las características anatomo-clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Un total de 37 niños (32 varones y 5 mujeres) son incluidos. La edad media diagnóstica es 3,9 años (SD 4,5). Se distinguen 3 categorías clínicas: debut agudo (obstrucción/perforación) 64,9% (n=24), hemorragia 21,6% (n=8), y clínica digestiva larvada 16,21% (n=5). Los pacientes con sintomatología aguda son más jóvenes que aquellos que sufren sangrado (1,5 años IC95% (0,2-2,9) vs 4,8 años IC95% (1,7-7,9), $P=0,04$). La ecografía fue diagnóstica en 2 de 31, y la gammagrafía únicamente se realizó en 9, de los cuales fue positiva en 7 (S 77,7%). El 70,3% requirieron cirugía urgente. La histopatología muestra mucosa ectópica en 43,2% (gástrica n=13, pancreática n=2, colónica n=1).

Conclusiones. En nuestra serie la clínica aguda es la presentación más frecuente del DM, además de ser más común en los niños de menor edad, en contraposición a lo que se refleja en la literatura que describe el sangrado como la manifestación característica de esta entidad. La gammagrafía es la única prueba con alto rendimiento diagnóstico, aunque no es aplicable en los pacientes susceptibles de intervención quirúrgica urgente.

HALLAZGO CASUAL DE ANGIOMIOLIPOMAS RENALES EN CONTEXTO DE UNA ABDOMINALGIA RECURRENTE. Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, Jiménez Jiménez P, Fernández Provencio V, González García H, Pino Vázquez MA, Álvarez Guisasola FJ. *Servicio de Pediatría. Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Los angiomiolipomas renales (AML) son tumores benignos mesenquimales formados por tejido graso, vasos sanguíneos aberrantes y células musculares lisas. Pueden aparecer de forma aislada o asociarse a otras patologías como esclerosis tuberosa, enfermedad de Bourneville, enfermedad de von Recklinghausen o neurofibromatosis. Suelen detectarse de manera incidental en mujeres de mediana edad, siendo su aparición en niños excepcional.

Caso clínico: Mujer de 11 años estudiada por dolor abdominal recurrente sin antecedentes familiares ni personales de interés. Desarrollo psicomotor normal. Exploración física normal, sin lesiones cutáneas. En estudio complementario de abdominalgia se solicitó ecografía abdominal donde se detectaron AML renales bilaterales (uno de 5 mm en riñón derecho y dos en riñón izquierdo de 3 mm y 5 mm). Estudio cardiológico normal. Se solicitó estudio genético de esclerosis tuberosa (genes TSC1 y TSC2) que resultó negativo. Desde entonces se realiza seguimiento periódico en Nefrología Infantil con controles de tensión arterial, orina y función renal; normales hasta la fecha. En última ecografía renal

y RM abdominal los AML han aumentado en número y tamaño, observando en tercio superior de riñón derecho angiomiolipomas de 8,2 mm y 3,2 mm, y en polo inferior de riñón izquierdo se visualizan tres, de 5,7 mm, 5,5 mm y 5,5 mm, y otro de 5,7 mm en tercio medio. De momento se mantiene actitud expectante por tamaño de AML menor de 4 cm, sin asociación de hemorragias intratumorales en pruebas de imagen de control ni aparición de nuevos síntomas.

Conclusiones. La mayoría de pacientes con AML permanecen asintomáticos, siendo generalmente diagnosticados por pruebas de imagen realizadas por otro motivo. Clínicamente suelen manifestarse como dolor abdominal recurrente (84%), como nuestra paciente, masa abdominal palpable (54%) o hematuria (40%). Siempre que aparezcan deberá descartarse su asociación con esclerosis tuberosa, sobre todo en casos bilaterales. Ocasionalmente pueden llegar a tener gran tamaño asociando complicaciones severas en forma de hemorragias retroperitoneales, siendo de elección realizar una nefrectomía laparoscópica parcial o total. Requieren un seguimiento nefrológico estrecho, con objeto de poder diagnosticar de forma precoz

RESOLUCIÓN DE ESTENOSIS DE COLÉDOCO DISTAL POR TÉCNICA ENDOSCÓPICA. Palacios Sánchez M, Ruiz Castellano N, Garde Basas J, García Calatayud S, De la Peña García J, González Sánchez F, De la Rubia Fernández L. *Unidad de Gastroenterología y Nutrición, Servicio de Pediatría. Servicio de Digestivo. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Las alteraciones morfológicas de la vía biliar son entidades poco habituales, siendo la atresia de vías biliares y los quistes del colédoco las más frecuentes. De ellas, la estenosis del colédoco es una entidad de presentación excepcional, no habiendo encontrado referencias bibliográficas similares al caso que presentamos.

Caso clínico. Niña de 9 años sin antecedentes personales de interés que refiere cuadro de un mes de evolución de astenia, ictericia progresiva, heces hipocólicas y prurito generalizado. En la exploración física, presenta ictericia de piel y conjuntivas, con hepatomegalia de 3 cm a expensas de ambos lóbulos de consistencia aumentada. No esplenomegalia. Resto de exploración por aparatos normal. Al ingreso: Hemograma normal. VSG 47 mm/h. Actividad de protrombina 110%, INR 0.94. AST 472 U/L, ALT 804 U/L, GGT 318 U/L, bilirrubina total 14 mg/dl, directa 10 mg/dl, Fosfatasa alcalina 772 U/L, LDH 368 U/L y Colesterol 290 mg/dl. Serologías de virus hepatotrópos y autoanticuerpos,

negativos. Valores de alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina en suero y cobre en orina normales. Valores de IgG4 normales. En la ecografía abdominal el hígado se encuentra aumentado de tamaño, con aumento difuso de la ecogenicidad, sin LOES, vesícula distendida de paredes mínimamente engrosadas con barro biliar. La vía biliar, intra y extrahepática, dilatada (colédoco de 8 mm). En Colangio-Resonancia se objetiva vía biliar dilatada hasta 12 mm con estenosis en porción intrapancreática del colédoco, sin identificarse causa intra o extraluminal que lo justifique. Con el diagnóstico de colangitis asociada a obstrucción de colédoco distal se inicia tratamiento con dieta hipograsa, ácido ursodeoxicólico y cefotaxima iv durante 21 días, con mejoría clínica progresiva, manteniéndose el ac ursodeoxicólico dada la presencia de barro biliar. En el intento de resolver la obstrucción por el medio menos invasivo, se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con evidencia de estenosis de 3 cm en colédoco distal, que precisa dilatación con balón e implantación de doble stent. A los 4 meses, presentó nuevo episodio de colangitis, resuelto al sexto día de tratamiento, que precisó recambio de stent al 10º día. Mantenimiento del ac. ursodeoxicólico como tratamiento de base durante 2 años, permaneciendo la paciente asintomática y sin signos clínicos de colestasis y normalizando los parámetros de colestasis al séptimo mes. En la actualidad, tras 2 años sin prótesis, se mantiene asintomática.

Comentario. La CPRE, aunque poco utilizada en la edad pediátrica, tiene gran utilidad diagnóstico-terapéutica. En nuestra paciente permitió, mediante la colocación de prótesis en la zona estenosada, la resolución de un proceso obstructivo acalculoso que en otras circunstancias hubiese requerido de cirugía compleja.

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES DE ORINA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Ferragut Ferretjans F, M. Garrido Barbero M, Cilla Lizárraga AL, Arribas Montero I, Conejo Moreno D, Urquiza Físico JL, Mirás Veiga A, Cuervas-Mons Tejedor M. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La infección del tracto urinario (ITU) en la infancia es una causa frecuente de consulta en los servicios de Urgencias. La posibilidad de afectación del parénquima renal junto con su asociación a malformaciones del tracto urinario, hacen que cobre gran importancia su sospecha, especialmente cuando su único síntoma de presentación es la fiebre. Se muestra un estudio descriptivo de la casuística de nuestro centro.

Pacientes y método. Estudio observacional prospectivo mediante registro consecutivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Universitario de Burgos desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de ITU y aquellos con diagnóstico de fiebre sin foco en el que se aisló germen en el urocultivo. Variables recogidas: edad, sexo, motivo de consulta, comorbilidad previa, exploraciones complementarias realizadas, método de recogida de la orina, antibióticos empleados, sensibilidad al antibiótico y germen aislado.

Resultados. Se registraron 105 casos de ITU, en los que la media de edad fue $3,66 \pm 3,78$ años, con predominio en niñas (71,4%). La fiebre fue el motivo de consulta más frecuente (32,4%) seguido de la disuria (23,4%). El 14,6% de los pacientes presentaban anomalías conocidas en el tracto genitourinario y el 9,5% tenían como antecedente la ITU de repetición. El método de recogida de orina para cultivo más frecuente fue la micción media/al acecho (59,6%), seguido del sondaje (37,5%). La exploración complementaria más frecuente fue el análisis de orina (100%), en forma de tira de orina, sedimento urinario o ambos; otras pruebas realizadas fueron: urocultivo (91,4%), analítica de sangre (16,2%) y hemocultivo (11,4%). El tratamiento antibiótico empírico se realizó en su mayoría con cefixima (27%) y amoxicilina-clavulánico (17,7%), seguidos de fosfomicina (10,6%), cefuroxima (4,3%) y ampicilina-gentamicina (4,3%). El germen aislado con más frecuencia fue el *E. coli* (81,5%) seguido de *Proteus mirabilis* (4,6%) y *Candida albicans* (3%), siendo el 86,1% de los gérmenes sensibles al antibiótico pautado. Se registró resistencia del *E. coli* a amoxicilina-clavulánico en el 5,6% y sensibilidad intermedia en el 11,1% de los casos.

Conclusiones. En nuestro medio las ITU predominan en el sexo femenino y el *E. coli* es el germen aislado con mayor frecuencia. Aunque la amoxicilina-clavulánico es el tratamiento de elección recomendado en la mayoría de las guías, en nuestra muestra se observan resistencias de *E. coli* hasta del 16,7%. Pese a que todas las sospechas de ITU deberían confirmarse por urocultivo, este no fue recogido en el 8,6% de los pacientes, lo que debería hacernos reflexionar con objeto de mejorar nuestra praxis diaria.

REVISIÓN DE LOS CASOS DE RECIÉN NACIDOS CON FIEBRE MATERNA INTRAPARTO A LO LARGO DE UN AÑO EN NUESTRO HOSPITAL Y ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. Aparicio Ríos P, Roncero Toscano ML, Sánchez Moreno S, Gutiérrez Marqués S, García Iglesias D, Parra Rodríguez A, Abad Moreno N, Mateos Polo M. *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Objetivos. La fiebre materna intraparto es una elevación de la temperatura corporal materna por encima de 38°C durante el parto, que puede deberse a causas infecciosas o no. Se relaciona con múltiples factores de riesgo y puede tener consecuencias tanto en la embarazada como en el RN. Debido a la ausencia de guías sobre el manejo de estos RN y a las recomendaciones diversas el objetivo de este trabajo es analizar las características de nuestra muestra y los posibles factores de riesgo. Con dichos resultados y con el análisis de la bibliografía existente el objetivo final es la creación de un protocolo de actuación.

Material y Métodos. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas maternas y de RNT ingresados por fiebre materna intraparto en la Unidad de Neonatología de nuestro hospital entre enero y diciembre del 2015. Las variables analizadas fueron: Sexo, peso, talla y perímetro cefálico del RN, apgar, nº de gestaciones y abortos, tipo de parto y horas del mismo, analgesia epidural, SGB, rotura de membranas y características del líquido, tª materna y número de picos febriles, parámetros analíticos maternos, motivo de ingreso del RN, parámetros analíticos del RN, uso de antibióticos y resultado de los cultivos. Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico IBM SPSS 22 Statistics. Por otro lado se realizó una búsqueda bibliográfica de las últimas recomendaciones en el diagnóstico y tratamiento de los RN con fiebre materna intraparto.

Resultados. Se registraron un total de 46 RN ingresados por dicho motivo, de los cuales tres fueron excluidos del estudio por falta de datos en la historia clínica materna y/o del RN. Tienen un peso medio de 3.400 gramos, una talla de 51 cm y un perímetro cefálico de 34 cm. El apgar 1' medio es de 9 y a los 10' de 10. La fiebre predomina en mujeres primíparas y hay un aumento de los partos instrumentales y de las cesáreas. El 100% de ellas reciben anestesia epidural. El SGB es positivo en el 23% de los casos y el líquido es meconial en el 32%. La mayoría de las embarazadas presenta un único pico febril comprendido entre 38-38,4°C. Un porcentaje alto de RN ingresa directamente desde el paritorio por riesgo infeccioso, asociado o no a otra patología, y presentan una PCR media a las 12 horas de vida de 0,7 mg/dl. Solo 3 de los 43 pacientes presentó cultivos positivo, y todos ellos fueron tratados con antibióticos.

Conclusiones. La mejor herramienta diagnóstica de estos RN es la evaluación clínica. Hay que tener en cuenta que la frecuencia de sepsis en el RN asintomático es baja. No deberemos olvidar factores de riesgo para el desarrollo de fiebre intraparto como la nuliparidad, la analgesia epidural, la RPM o el parto prolongado. Con todo ello se llega a un

protocolo de actuación que esperemos disminuya los ingresos y el tratamiento antibiótico injustificado.

DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE MEDIANTE TÉCNICA MIST. Arribas Arceredillo M, Montejo Vicente M, Domínguez Uribe-Etxebarria M, Mena Huarte J, Marín Urueña S, Samaniego Fernández M, Izquierdo Caballero R, Caserío Carbonero S. *Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción y Objetivos. La administración de surfactante mediante técnica mínimamente invasiva (MIST), permite su administración intratraqueal con el paciente conectado a ventilación no invasiva. Actualmente es una técnica en auge, que permite reducir el número de intubaciones y la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI), con las consecuencias que ello conlleva. Así mismo, se consigue una mejor distribución del surfactante exógeno, con una mejor incorporación al metabolismo endógeno.

Material y métodos. Descripción de nuestra experiencia en la administración de surfactante con técnica MIST y método Hobart. Se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos desde julio de 2015 hasta el momento actual. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS v17.

Resultados. Durante este periodo se realizó MIST a 6 pacientes. La mediana de edad gestacional fue de 29,5 semanas (28-35,2), con un peso al nacimiento de 1.380 g (1.057-2.600). El 83,3% de los pacientes habían recibido maduración pulmonar completa. La técnica se realizó en las primeras horas de vida, con una mediana de 6,5 horas (4,7-12,7). La mediana de FiO₂ previa a la administración fue del 0,45 (43,7-50), con una FiO₂ posterior de 0,23 (21-32,5). El 83,3% de los pacientes recibió una dosis de cafeína intravenosa previa a la técnica. Para el procedimiento, en el 100% de los pacientes se utilizaron medidas de sedación no farmacológica, necesitando además en tres pacientes, sedación farmacológica con una dosis de propofol intravenoso (máximo 0,5 mg/kg). Tras la técnica, solo dos pacientes (33,3%) precisaron intubación en las 72 horas siguientes, por patología cardiorespiratoria asociada (HTPPRN). Necesitaron oxigenoterapia durante una mediana de 8 días (1,7-14,5), y algún tipo de soporte respiratorio durante 33 días (4,5-59,5), requiriendo ventilación no invasiva durante 21,5 días (4,25-35,5) de ellos.

Conclusión. Nuestra experiencia demuestra que todos nuestros pacientes presentaron una disminución de las necesidades de oxígeno tras la administración de surfactante

mediante técnica MIST, sin asociar complicaciones significativas y precisando posteriormente VMI solo un tercio de ellos. En base a ello, no deberíamos demorar de forma innecesaria la administración de surfactante, tradicionalmente justificada para evitar el uso de VMI posterior.

PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA. Jiménez Jiménez AP, Rodríguez Boderó S, Fernández Provencio V, Galbis Soto S, Vázquez Martín S, Rellán Rodríguez S, De la Huerza López A, Matías del Pozo V. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La parálisis braquial obstétrica (PBO) se produce por un mecanismo de tracción, estiramiento o compresión del plexo braquial. Se ha asociado con la tracción lateral iatrogénica de la cabeza fetal cuando se encuentra en el canal del parto y a factores maternos como las contracciones o anomalías uterinas. La incidencia varía del 0,3% al 1% de los recién nacidos, pudiendo aumentar hasta el 17% si se trata de parto complicado. El único factor de riesgo con un valor predictivo positivo es la distocia de hombros, aunque puede asociarse a macrosomía fetal, diabetes materna o parto instrumentado.

Material y Métodos. estudio retrospectivo descriptivo que analiza las características clínico-epidemiológicas, diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes de nuestro centro con PBO en los últimos 5 años.

Resultados. se contabilizaron un total de 7 pacientes afectados de PBO. El ratio varón/mujer fue de 2/5. Entre los antecedentes maternos, destacar: 1 caso de hepatitis autoinmune, 1 caso de obesidad y 2 casos de diabetes gestacional. Se trató de parto vaginal en 6 de los pacientes, siendo el 71% instrumentados (1 ventosa, 3 fórceps, y 1 con fórceps+ventosa), y 1 caso cesárea. En 5 casos se constató distocia de hombros. El peso al nacimiento fue mayor del Pc 75 en el 85% de los pacientes, y solo una con Pc >90. En el 60% la clínica consistió en adducción de miembro superior, con rotación interna, pronación del antebrazo y prensión palmar positiva; en el 14% prensión palmar negativa con flexión del miembro superior; y abducción del miembro superior con rotación externa e hiperreflexia en el 14% restante. En todos los casos se observó Moro asimétrico. La extremidad afectada fue la izquierda en el 57% de los pacientes. Un caso asoció epifisiolisis de la cabeza humeral. Las manifestaciones fueron en todos los casos compatibles con parálisis tipo Erb-Duchenne. Se realizó electromiograma en 3 pacientes con resultado de un caso de neuroapraxia+ afectación posganglionar, un caso de neuroapraxia+ afectación preganglionar y un caso de

neuroapraxia+ afectación de la unidad motora. Se realizó fisioterapia en el 100% de los niños, y precisaron ortesis el 60%. En 6 hubo mejoría y 4 asociaron secuelas: 2 asimetrías en la movilización, 1 hiporreflexia y 1 déficit de movilidad.

Conclusiones. En nuestra serie observamos una asociación entre distocia de hombros y parto instrumentado con PBO. Todas fueron parálisis superiores (Erb-Duchenne), predominando las neuroapraxias. Debemos tener en cuenta la posible lesión del plexo braquial siempre que estemos ante un recién nacido con distocia de hombros, peso elevado o diabetes materna, haciendo hincapié en una exploración física exhaustiva. El tratamiento y el control evolutivo debe realizarse por un equipo multidisciplinar formado por neonatólogos, neuropediatras, rehabilitadores y cirujanos.

DECISIONES DE ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD NEONATAL. Arribas Arceredillo M, Izquierdo Caballero R, Domínguez Uribe-Etxebarria M, Escribano García C, Morales Luengo F, Infante López E, Caserío Carbonero S. *Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. A pesar de los avances terapéuticos en medicina neonatal durante los últimos años, algunos pacientes van a fallecer o si sobreviven, lo harán con graves secuelas. En estos casos nos debemos plantear, actuando en el mejor interés del paciente, la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) evitando tratamientos desproporcionados o fútiles que solo causarán más dolor y disconfort al niño y su familia.

Objetivos. Describir las decisiones de AET llevadas a cabo en una unidad de neonatología de nivel III y comparar los datos en dos periodos (2010-2012 y 2013-2015).

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en una unidad neonatal nivel III en el periodo 2010-2015. Se revisaron las circunstancias del fallecimiento y las decisiones de AET que se llevaron a cabo.

Resultados. Se registraron 29 fallecimientos neonatales (2,9% de los ingresos UCIN), siendo la prematuridad y sus complicaciones la causa más frecuente de muerte (34,4%). Se realizó AET en 19 pacientes (65,5%), basado en criterios de futilidad terapéutica (52,6%) y mal pronóstico en cuanto a calidad de vida (47,4%). Las patologías más frecuentes asociadas a decisiones de AET fueron la asfisia perinatal (42,7%) y las anomalías congénitas (26,3%). En la mayoría de los pacientes (89,5%) se retiró el soporte vital (ventilación mecánica, inotrópicos y CPAP) y en tan solo 2 pacientes (10,5%) se tomaron decisiones de no reanimación. Durante

el procedimiento de AET, 13 pacientes (68,4%) precisaron sedoanalgesia, uno por inicio de crisis convulsivas y el resto para disminuir el disconfort. En todos los casos los padres participaron en las decisiones de AET y el 54,2% de los niños fallecieron en sus brazos. Al comparar los dos periodos (2010-2012 *vs* 2013-2015), observamos un aumento de las decisiones de AET en el segundo periodo (53,3 *vs* 78,5%; *p* 0,15), así como mayor número de fallecimientos en brazos de los padres (45,5% *vs* 61,5%; *p* 0,43).

Conclusiones. En las unidades neonatales los profesionales se enfrentan con frecuencia a decisiones de AET. La mayoría de los pacientes fallecen tras una decisión de AET, lo que implica que hay un mejor reconocimiento de la muerte inminente, evitándose así tratamientos fútiles. Es necesaria la existencia de protocolos sobre AET y la formación en cuidados paliativos. Conocer la situación de nuestra unidad, con respecto a las decisiones de AET, nos ayuda a mejorar la calidad de los cuidados al final de la vida.

INFECCIÓN NEONATAL POR CITOMEGALOVIRUS. Jiménez Jiménez AP, Tobar Mideros C, Paz Payá E, Galbis Soto S, Pino Vázquez A, Bahillo Curieses P, De la Huerga López A, Matías del Pozo V. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La infección por citomegalovirus (CMV) en el periodo neonatal puede ser congénita, adquirida por vía transplacentaria o a través del canal del parto, o postnatal principalmente por ingesta de la leche materna. Puede cursar de forma asintomática o con clínica de sepsis. Son frecuentes las secuelas, destacando la sordera y el retraso del desarrollo psicomotor. Presentamos 7 casos de CMV en los últimos 5 años.

Caso 1. RNAT. Embarazo normal. Al nacimiento petequias, ictericia, descamación palmo-plantar, hepatoesplenomegalia. Analítica con colestasis, trombopenia y coagulopatía. PCR de CMV positivo (+) en sangre y orina, serología materna de CMV (recuperada del 1º trimestre): IgM+. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Ecografía cerebral: imágenes pseudoquisticas periventriculares. Screening auditivo no superado. Tratamiento: ganciclovir intravenoso 6 semanas.

Caso 2. RNAT. Serología materna CMV: IgM+. PCR de CMV+ en líquido amniótico. Resonancia magnética fetal normal. Asintomático al nacimiento. Pruebas complementarias: PCR de CMV+ en sangre y orina, screening auditivo no superado y fondo de ojo alterado. Tratamiento: ganciclovir intravenoso 10 días y vanganciclovir oral posteriormente.

Caso 3. RNAT, diagnóstico de CIR durante la gestación. Asintomático al nacimiento. PCR de CMV+ en orina, solicitado por CIR. Pruebas complementarias normales. Sin tratamiento.

Caso 4. RNPT 26 SEG. Primera determinación de PCR de CMV en orina negativa. Politransfundido. Alimentación con lactancia materna. En la semana 31 sepsis clínica. PCR de CMV+ en orina. PCR en sangre de pruebas metabólicas negativa. Estudio de extensión: normal. Sin tratamiento.

Caso 5. RNPT 25 SEG. Serologías maternas: CMV inmune. Primera determinación de PCR de CMV en orina negativa. Politransfundido. Alimentación con lactancia mixta. A las 32 SEGc sepsis clínica asociando colestasis y trombopenia. PCR de CMV+ orina. PCR en sangre de pruebas metabólicas negativa. Cultivo CMV- en leche materna. Estudio de extensión: normal. Sin tratamiento.

Caso 6. RNPT 25 SEG. Primera determinación de PCR de CMV en orina negativa. Politransfundido. Alimentación con lactancia materna. A las 37 SEGc sepsis clínica asociando coagulopatía. PCR de CMV+ en orina. Cultivo CMV- en leche materna. Estudio de extensión: normal. Sin tratamiento.

Caso 7. RNAT. Embarazo normal. Asintomático al nacimiento. Screening auditivo no superado. PCR de CMV + en orina. Estudio de extensión: normal. Tratamiento: Vanganciclovir oral.

Conclusiones. La detección de CMV es de vital importancia en neonatos, ya que el inicio precoz del tratamiento mejora el pronóstico de las posibles secuelas. En prematuros formará parte del diagnóstico diferencial etiológico de sepsis tardía; en estos niños es aconsejable congelar la leche materna para reducir la posibilidad de infección.

SÁBADO 16 DE ABRIL DE 2016

Sala 2

SEPSIS POR PANTOEAE: UN CASO ESPORÁDICO Y UNA OPORTUNIDAD PARA REVISAR LA LITERATURA. Valencia Ramos J, Hernández Frutos E, Manso Ruiz de la Cuesta R, Bartolomé Albistegui MJ, Bartolomé Cano ML, Rodríguez Tarazona RE, Arnáez Solís J, Barbadillo Izquierdo F. *Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos.*

Introducción. *Pantoea agglomerans* se considera un germen oportunista, de la familia de las enterobacterias. Rara vez actúa como patógeno humano y en tal caso suele ser secundario a una lesión traumática con alguna espina de plantas o iatrogénico en forma de brotes por la contamina-

ción de líquidos intravenosos. Presentamos el caso atípico de un niño de 17 meses con diagnóstico de sepsis, no inmunodeprimido, y sin antecedentes de puerta de entrada o contaminación. La singularidad del caso nos hizo revisar la literatura descrita.

Caso clínico. Varón de 17 meses valorado por cuadro de 3 días de fiebre y vómitos, aumento de mucosidad y accesos de tos ocasionales. Sin antecedentes personales de interés ni historia previa de traumatismo o ingesta de algún alimento que haya podido suponer una fuente de contaminación. En la exploración destaca aceptable estado general y la faringe hiperémica, sin encontrarse posibles puertas de entrada de infección exógena. Se solicita analítica con leucocitosis ($20.5 \times 10^9/L$) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 142 mg/dl). Bioquímica, estudio de orina y radiografía tórax normales. Se ingresa para observación y evolución, persistiendo la fiebre y la elevación de reactantes de fase aguda a pesar de tratamiento inicial con antibioterapia de amplio espectro. El resultado definitivo del hemocultivo es *Pantoea agglomerans* sensible a cefalosporinas de 4^o generación, carbapenems, aminoglucósidos y cotrimoxazol. El estudio de inmunidad con serología VIH, poblaciones linfocitarias e inmunoglobulinas es normal. El resto de cultivos (urocultivo, cultivo faríngeo y coprocultivo) son negativos.

Comentario. En la literatura hay 22 estudios que incluyen casos de infección por *Pantoea* en población pediátrica. De todos los hemocultivos aislados, la mayoría han sido en pacientes portadores de catéteres centrales, inmunosuprimidos o recién nacidos prematuros, en forma de brotes en unidades de intensivos neonatales por contaminación de líquidos intravenosos o secundario a antecedentes traumáticos. Se han registrado solo 3 casos que no cumplieran estas características. En nuestro país sería el tercer paciente descrito infectado con esta bacteria y el primer caso de lactante sin factores de riesgo con una sepsis por *Pantoea agglomerans*.

REVISIÓN DE CASOS DE ABSCESOS DE ESPACIOS PROFUNDOS DEL CUELLO EN LOS ÚLTIMOS SIETE AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. Mena Huarte MJ, González Martín LM, Pérez Gutiérrez E, Torres Aguilar L, Centeno Malfaz F. *Servicio de Pediatría. Hospital Río Hortega. Valladolid*

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas, clínicas y de manejo de los abscesos de espacios profundos del cuello de nuestra población durante el período 2009-2015.

Material y Métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 14 años de un hospital de segundo nivel que presentaron abscesos de los espacios

profundos del cuello desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2015. Se diseñó un cuestionario específico para la recogida de información de las historias clínicas digitalizadas.

Resultados. Se diagnosticaron un total de 10 casos. La mediana de edad al diagnóstico fue de 6,89 años (rango intercuartílico 3.67) y en 8 casos (80%) fueron varones. El absceso más frecuente fue el periamigdalino en 7 casos (70%), seguidos por retrofaríngeo en 2 (20%) y parafaríngeo en uno (10%). La fiebre estuvo presente en 7 casos (70%), con una temperatura media de 38,7°C (rango intercuartílico 0.4). El síntoma más frecuente fue la odinofagia en 6 pacientes (60%), seguido de voz gangosa en 3 (30%). En la exploración física los signos más frecuentes fueron adenopatías cervicales en 8 casos (80%) y exudado amigdalino en 5 (50%). Los resultados analíticos mostraron una cifra media de leucocitos de 15160 por mL (DE 3442.93), una media de neutrófilos de 11560/mL (DE 4211.94) y un nivel de PCR medio de 99,67 mg/L (DE 65,66). En 6 (60%) de los casos se solicitó hemocultivo, siendo negativo en el 100% de ellos. En cuatro (40%) se realizó frotis faríngeo, siendo positivo en tres (30%) ocasiones, dos (20%) para *Streptococcus pyogenes*, uno (10%) para virus respiratorio sincitial (VRS), y otro considerado negativo por crecimiento de flora bacteriana normal de la faringe. En 4 (40%) ocasiones se obtuvo muestra de exudado del absceso, con dos cultivos (20%) con crecimiento de *Streptococcus pyogenes*, uno (10%) con flora bacteriana normal, y uno (10%) con crecimiento de *Streptococcus oralis* y *Gemella haemolysans*. Ingresaron nueve pacientes (90%) dos de ellos (20%) en la unidad de cuidados intensivos, y en un caso (10%) se realizó un manejo ambulatorio del absceso. La antibioterapia empírica elegida fue en la mayoría amoxicilina-clavulánico (70%). Se usó corticoterapia adyuvante en 9 (90%) casos. Siete casos (70%) fueron drenados mediante incisión, y dos (20%) requirieron cirugía abierta.

Conclusiones. Las infecciones de espacios profundos del cuello aunque muy poco frecuentes son potencialmente graves. El diagnóstico de este grupo de patologías es dificultoso en pediatría debido a la poca colaboración por parte del paciente en la exploración, la sintomatología similar a otros cuadros de alta incidencia en este grupo poblacional y la dificultad para explicar la sintomatología de forma adecuada. El tratamiento precoz es fundamental para evitar la aparición de complicaciones. En los abscesos periamigdalinos, el tratamiento sigue siendo un punto a debate. En determinados pacientes, valorando de forma individual cada caso, se podría optar por un manejo ambulatorio iniciando el tratamiento con una dosis de antibiótico por vía parenteral y continuar el tratamiento de forma oral.

ABSCESO RETROFARÍNGEO. LA IMPORTANCIA DE UNA ALTA SOSPECHA CLÍNICA. Mena Huarte MJ¹, González Martín LM¹, Sánchez Garrido M¹, Velasco Casares MM², Arribas Arceredillo M¹, Centeno Malfaz F¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El absceso retrofaríngeo es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, pero de gran importancia por la posibilidad de desarrollar complicaciones que pueden amenazar la vida del paciente. Es fundamental el diagnóstico precoz, lo que supone un reto para el pediatra debido a la escasa sintomatología que presenta en fases iniciales.

Caso Clínico. Varón de cuatro años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a la Unidad de Urgencias Pediátricas por cuadro de fiebre de hasta 38,7°C y tortícolis de 20 horas de evolución. Refieren cuadro catarral los días previos y antecedente de caída desde litera hace 24 horas. A su llegada a urgencias el triángulo de evaluación pediátrica (TEP) es normal y presenta una posición anti-álgica cervical. A la exploración física destaca dolor a la palpación de la musculatura paravertebral cervical bilateral, con limitación de la movilidad por el dolor y adenopatías empastadas a nivel del ángulo submandibular derecho, las amígdalas son hiperémicas e hipertróficas pero sin exudados. Se solicita radiografía cervical objetivándose en la proyección lateral un aumento del espacio retrofaríngeo sugestivo de absceso retrofaríngeo. En analítica sanguínea presenta leucocitosis (22.000/ μ l) con neutrofilia (19.700/ μ l) con una elevación de la proteína C reactiva (PCR) de 140 mg/L, el valor de la procalcitonina (PCT) fue 0,27 ng/ml. Ante la sospecha diagnóstica se solicita un TC urgente en el que se visualiza un aumento de partes blandas a lo largo de la región prevertebral cervical compatible con absceso retrofaríngeo. Se inicia antibioterapia con cefotaxima y clindamicina intravenosas y tras drenaje quirúrgico del absceso se añade corticoterapia. En cultivo de material purulento crece *Streptococcus oralis* y *Gemella haemolysans*, siendo el hemocultivo negativo.

Comentario. Las infecciones de los espacios profundos del cuello son poco frecuentes en pediatría. El absceso retrofaríngeo es más frecuente en pacientes entre los dos y los cuatro años. En fases iniciales la sintomatología es muy larvada, pero conforme evoluciona el cuadro pueden aparecer complicaciones como la obstrucción de la vía aérea superior. Es importante sospechar esta entidad en pacientes que presenten tortícolis o cervicalgia y fiebre, incluso en pacientes con antecedente traumático como es este caso. El diagnóstico

de sospecha se realiza mediante la clínica y las pruebas de imagen. El tratamiento consiste en el inicio precoz de antibioterapia empírica intravenosa y drenaje quirúrgico, este último valorable según el caso.

¡AY MI CABEZA, ME VA A ESTALLAR! Gil Camarero E, Fernández Torre D, López Tens P, Blanco García A, González Gómez J, Quintana Cabieces S, Montes Pérez M, Villar Ramos J. *Servicio Cántabro de Salud. Centro de Salud Meruelo. San Miguel de Meruelo. Meruelo (Cantabria).*

Introducción. Nuestro caso clínico se centra en una niña de 11 años sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta de pediatría de atención primaria.

Caso Clínico. La paciente refiere cuadro de 9 días de evolución de fiebre de hasta 39,2°C que cede mal con antitérmicos. Además cefalea frontal, un vómito aislado y mialgias en miembros inferiores al inicio del cuadro. A la exploración física destaca una T^a 37,2°C, TA 118/64, FC 94. Además presenta una faringe hiperémica y rigidez de nuca, sin dolor a la palpación de la musculatura cervical ni petequias. Ante la posibilidad de un sd meníngeo, derivó al Servicio de Urgencias de Pediatría para una valoración más completa. A su llegada a urgencias constatan la rigidez nucal procediendo a su ingreso. En la analítica destaca: 26.2 leucocitos (3 Cay, 77 S, 14 L). PCR 19,8 mg/dl. AP 57,5%. INR 1,34. Se decide punción lumbar para analizar el LCR: Gluc 48, Prot 107, Hematíes 18, Células 6. PCR enterovirus y virus herpes negativo. Gram y cultivos: no se aislan microorganismos. Mantoux: negativo. A los pocos días comienza con dolor en zona dorsal alta con dolor a la presión de dichas apófisis espinosas y contractura paravertebral izquierda. Solicitan RX dorsal que es normal y gammagrafía ósea no concluyente. Ante la sospecha de osteomielitis a dicho nivel se indica resonancia magnética que confirma una osteomielitis de arco posterior de T5 y artritis facetaria T5-T6. Se inicia antibioterapia endovenosa (Amoxicilina-Clavulánico) con mejoría clínica y analítica progresiva.

Comentario. Las infecciones osteoarticulares son una patología infecciosa relativamente infrecuente en la infancia. Son difíciles de reconocer en sus fases precoces y en muchos casos plantean problemas tanto en el diagnóstico como en el manejo. Es necesario una especial atención a signos de alarma además de una exploración física exhaustiva en nuestra consulta de pediatría de atención primaria, que son fundamentales en el pronóstico del paciente.

TOSFERINA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. Martínez Cuevas E¹, Martínez Sancho I¹, Prieto Jimeno A², Juarros Castro T², Yañez Ortega JL³, Álvarez Paredes L⁴. ¹Médico de Familia, ²Pediatría. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos. ³Jefe de Sección de Epidemiología. Delegación Territorial de Burgos. ⁴Microbiología Clínica. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. En los últimos años se ha descrito un aumento de la prevalencia del diagnóstico de tosferina, como posibles causas: aumento de la notificación de los casos, el uso ampliado de la técnica PCR, menor eficacia de la vacunación actual con DTPa que con DTP, cambios genéticos en las cepas circulantes, son distintos puntos debatidos en la bibliografía.

Objetivos. Conocer la prevalencia y la necesidad de un diagnóstico de sospecha de la tosferina en nuestra población.

Material y Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, criterios de inclusión: pacientes que consultaron por tos pertusoides, en el periodo enero-diciembre 2015 en un centro de salud de atención primaria. El diagnóstico de tosferina se realizó con criterios clínicos y la confirmación de *Bordetella pertussis* por PCR en el exudado naso-faríngeo.

Resultados. Durante el periodo de estudio la tasa de tosferina en la provincia fue de 8,97/100.000 habitantes. En este tiempo en el centro se realizaron 4.661 consultas demanda 18 consultas (0,83%) por tos pertusoides, y en los cuales se analizó la PCR para *Bordetella*. El diagnóstico de tosferina se produjo en 6 niños (33%) de ellos, en el periodo entre la semana 30-42 del año. La edad media de los paciente fue de 5,5 años (rango 3- 8 años), la duración media de la tos fue 13 días, el tratamiento y la quimioprofilaxis en todos los casos fue con Azitromicina. Todos los pacientes estaban bien vacunados, la últimas dosis de la vacuna DTPa había transcurrido entre 1-4 años previos. Solo en 2 de los 6 casos, se sospechó la transmisión de un conviviente estrecho. Ninguno de los pacientes precisó ingreso hospitalario, y solo un paciente presentó una complicación (broncoespasmo). Solo 3 de los progenitores conocían la inclusión de la tosferina en el calendario vacunal. Se excluyen de este trabajo dos lactantes, uno de 1 mes con diagnóstico de tosferina (la recogida de la PCR se realizó en el Hospital) y otro caso de tosferina-like en un lactante de 4 meses por *Bordetella parapertussis*.

Conclusiones. Es necesario mantener un alto índice de sospecha de tosferina en aquellos niños que presenten una tos pertusoides, incluido en los que no son lactantes, e independientemente del tiempo transcurrido de la vacunación, remarcando el papel del pediatra desde atención primaria.

LA ENURESIS NOCTURNA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR ASTURIANA. Taborga Díaz E¹, Suárez Castañón C², Martínez Suárez V³, Rodríguez Fernández LM⁴, Cebrián Muiños C⁵. ¹Pediatría. C.S. Posada de Llanera. Llanera, Asturias. ²Servicio de Pediatría. Hospital Cabueñes. Gijón, Asturias. ³Pediatría. C.S. El Llano. Gijón, Asturias. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. ⁵Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Objetivo. Calcular la prevalencia de la enuresis nocturna (EN) en la población escolar asturiana, analizar de manera descriptiva los factores relacionados y conocer la valoración que hacen los niños de su trastorno.

Material y Métodos. Estudio transversal mediante la entrega de un cuestionario anónimo a padres de escolares asturianos de 2º y 4º de educación primaria y 1º ESO. Se recogió información sobre presencia o no de EN, los factores que, según la bibliografía, pueden relacionarse con esta condición y se les preguntó acerca de su opinión sobre la enuresis.

Resultados. De los 3.548 cuestionarios entregados fueron recogidos 2011 correctamente cumplimentados. El 5,5% de la población escolar asturiana presenta escapes urinarios nocturnos. Según los criterios DSM-III y DSM-V, un 3,7% y un 2,8% de los niños eran enuréticos respectivamente. Los siguientes datos son considerando los criterios diagnósticos del DSM-V: EN secundaria lo presentaban un 13,7/19,6%, según se considere un período seco previo mayor de 6/3 meses, respectivamente. EN no monosintomática se encontró en un 65,2%. La EN se distribuye de la siguiente manera por grupos etarios: 6-8 años un 5%, 9-11 años un 2,7%, mayores de 12 años un 0,4%. Los principales factores asociados a la EN fueron historia familiar positiva (82% vs 30%), sexo varón (2,8:1), prematuridad (24% vs 9%), sueño profundo (48% vs 15%), miedo a la oscuridad (53% vs 28%) y apneas nocturnas (15% vs 6%). Casi el total de la muestra considera que no es normal orinarse a su edad y el 60% de los enuréticos lo considera molesto y un 22% se considera enfermo.

Conclusiones. La prevalencia de la EN en nuestro medio, así como la EN secundaria, es similar a la observada en otros estudios. Encontramos que en nuestra población es más frecuente la EN no monosintomática. Se confirma la relación de la enuresis con la genética, el sexo masculino, la dificultad para despertar. A diferencia de los estudios valorados, nosotros no encontramos relación entre la EN y TDAH. Cabe destacar la trascendencia que los niños dan a su trastorno.

PROGRAMA DE SALUD: "SOY JOVEN, SOY REBELDE, YO NO FUMO". Taborga Díaz E¹, Gil Muñiz S², Prieto Menéndez

dez JM³, Busto Toyos MA³, Corona Rodrigo MS³. ¹Pediatra, ³Enfermería. Centro de Salud Posada de Llanera. Llanera, Asturias. ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Enfermería. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. “SOY JOVEN, SOY REBELDE, YO NO FUMO” es un Programa de Salud elaborado por miembros del equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Llanera. Pretende ser una guía para la realización de actividades de prevención del tabaquismo en el Instituto de Llanera.

Objetivos. Promover una actitud crítica y reflexiva al consumo de tabaco. Se propone: Dar a conocer el efecto nocivo derivado del consumo de tabaco; Promover los beneficios de no fumar entre la comunidad educativa y de abandonar el hábito tabáquico; Potenciar la autoestima, el derecho a elegir y decidir desde el conocimiento; Facilitar al profesorado materiales que les ayuden para trabajar la prevención del tabaquismo desde su práctica docente; Disminuir la prevalencia de fumadores entre el alumnado; Contribuir a garantizar un entorno escolar libre de humo.

Material y Métodos. Población: Alumnos de 4º curso E.S.O. del I.E.S. Llanera. Para llevar a cabo esta intervención se ha realizado un libro guía con 5 líneas didácticas para abordar y encuadrar la discusión científica y técnica del problema, talleres para trabajar con los alumnos sobre estas 5 unidades, DVD titulado “Queremos otro final”, encuesta previa y posterior a la intervención.

Resultados y Conclusiones. El tabaco resulta muy accesible a los adolescentes según ellos mismos nos manifiestan. Los conocimientos y el respeto de los derechos de los fumadores pasivos son insuficientes. Son capaces de dar argumentos y mantenerse en su decisión en contra del tabaco cuando se les propone fumar. Son capaces de ver la publicidad oculta y engañosa en las diferentes fotos que les hemos proyectado. El tabaquismo en los jóvenes es uno de los principales problemas de salud. Necesitan librarse de la presión social del grupo de amigos. El ambiente familiar es fundamental en la prevención. La presión de la industria tabaquera se centra en la mujer y los adolescentes.

INTERNET, LAS FAMILIAS Y EL PEDIATRA. Sarmiento Martínez M. Centro de Salud de Pumarín. Oviedo.

Objetivos. Conocer la utilización de internet que realizan las familias del Centro de Salud como fuente de información sobre la salud y enfermedad de sus hijos y conocer su opinión sobre la creación de una página web con información

pediátrica, la recomendación de recursos en internet y la posibilidad de consultar mediante correo electrónico.

Material y Métodos. Estudio descriptivo transversal realizado mediante encuesta autocumplimentada de participación voluntaria a los acompañantes de los niños durante su consulta médica en los meses de febrero y marzo de 2016.

Resultados. 61 encuestas. Edad media: 39 años. 87% son españoles, 56% tienen estudios universitarios y 97% son los padres o madres de los niños. Un 3% no tiene conexión a internet. Un 57% utiliza internet para pedir cita. Un 18% no utiliza internet para obtener información sobre la salud de sus hijos. Las principales búsquedas de información son: alimentación (61%), enfermedades (54%) y educación (51%). Un 70% utiliza el buscador google como fuente de información. En menor proporción otras: asociaciones pediátricas (31%), foros de padres (30%) y páginas institucionales (33%). Cuando su hijo está enfermo un 36% busca información en internet para decidir si consultar con el Pediatra. Antes de acudir a la consulta un 46% realiza búsqueda de información en internet y un 8% no se atreve a compartirlo en la consulta. Después de la consulta un 34% amplía información en internet. Un 69% ve interesante crear una página web con información pediátrica, un 49% que les facilitemos información de recursos en Internet y un 57% cree que la consulta mediante correo electrónico puede ser útil.

Conclusiones. La búsqueda en internet de información sobre la salud de los niños es generalizada y abarca temas diversos. Un 18% no consultan información en internet principalmente porque lo consideran una fuente no fiable o no se sienten capacitados para comprenderla. A pesar de los múltiples recursos creados por las asociaciones pediátricas y algunos sanitarios en sus blogs, la principal fuente de información sigue siendo el buscador google. En otros modelos de asistencia sanitaria, sin cobertura gratuita y universal, es frecuente que las familias utilicen internet para evitar consultar con el Pediatra; sin embargo en nuestra encuesta solo lo realiza un tercio. Las familias realizan búsquedas en internet, tanto antes (46%) como después (34%) de la consulta en Pediatría. Más de la mitad de los encuestados valorarían como positivo que se les proporcionase información sobre la salud y la enfermedad de sus hijos a través de una página web o difundiendo los recursos en internet existentes, lo que debe animarnos a incorporarlo a nuestra actividad asistencial. Las consultas no presenciales en general son bien valoradas por las familias porque mejoran la accesibilidad al sistema sanitario y permiten conciliar la vida familiar y laboral. La apertura de una consulta mediante correo electrónico en general es bien recibida aunque en algunos casos reconocen que la accesibilidad ya es adecuada y que prefieren el trato personal.

CONSULTAS RELACIONADAS CON LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. Pérez Rodríguez M, Rodríguez Miguélez M, Torres Mariño C, Esteban Sanz R, Mirás Veiga A, Fernández Valderrama A, Urquiza Físico JL. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas de las ingesta de cuerpo extraño, así como el tipo y la ubicación de los mismos, además del manejo de estos pacientes.

Pacientes y metodos. Estudio descriptivo, observacional prospectivo mediante registro consecutivo de los pacientes atendidos en urgencias pediátricas del hospital universitario de burgos desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos los pacientes cuyo motivo de consulta fue la sospecha de ingesta de cuerpo extraño y todos cuyo diagnóstico final incluía ingesta de cuerpo extraño. Variables recogidas: edad, sexo, antecedentes personales, hora de llegada, tipo de objeto, tamaño y forma, sintomatología, complicaciones, exploraciones complementarias realizadas y manejo. En el análisis estadístico se empleó el programa estadístico informático SPSS® en su versión 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos).

Resultados. De los 7.214 pacientes, 55 pacientes (0,7%) estuvieron relacionados con la ingesta de cuerpo extraño, correspondiendo 21 a espinas (44,7%) y 9 a monedas (19,1%). El 42% de los pacientes eran mayores de 6 años, sexo varón (61,7%) y sin antecedentes de interés (80%) destacando en el 15% antecedentes neurológicos. Señalar que el 30% de los episodios fueron no presenciados. Acudieron a urgencias en las primeras 24 horas el 80,9%. 4 pacientes recibieron un triaje de un 2 y el 80% un triaje 4. Triángulo de evaluación pediátrica estable en la totalidad de los pacientes. El 52,7% estaban sintomáticos y en 34% se realizó alguna exploración complementaria. En el 42% no se evidenció cuerpo extraño. En el 21% se extrajo el cuerpo extraño con pinzas de macGill, en 8,5% mediante endoscopia, en 8,5% se requirió fibroscopia y el 13,3% fue eliminación espontánea. 2 de nuestros pacientes recibieron terapia con glucagón de manera efectiva. En ningún paciente hubo complicaciones.

Conclusiones. Como ocurre en la literatura, la ingesta de cuerpo extraño es motivo de consulta relativamente frecuente en la urgencia, tratándose en la mayoría de los casos de espinas y monedas y requiriendo en un porcentaje no despreciable de casos intervenciones médicas. Sin embargo, en nuestra muestra los pacientes son de mayor edad. Debemos insistir en las medidas de prevención para disminuir la frecuencia de estos episodios.

UTILIDAD DEL FENTANILO TRANSMUCOSO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN URGENCIAS. Sánchez Moreno S, Aparicio Ríos P, García Iglesias D, Gutiérrez Marques S, Parra Rodríguez A, López Torija I, Serrano Ayestaran O, Sánchez Granados JM. *Servicio de Pediatría. Unidad de Urgencias Pediátricas. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Objetivos. Estudiar la eficacia y seguridad del fentanilo transmucoso para el control del dolor en Urgencias Pediátricas.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo, incluyendo los casos de analgesia con fentanilo transmucoso realizados en el servicio de Urgencias Pediátricas entre los meses de enero 2015 y marzo 2016, incluidos en una base de datos de sedoanalgesia. Se analizan como variables: edad, sexo, ansiedad, dolor pretratamiento y posttratamiento, efectos secundarios y grado de satisfacción con el tratamiento. Se lleva a cabo un análisis estadístico con SPSS.

Resultados. Durante el período estudiado hemos identificado 21 casos, todos escolares con una media de edad de 8,86 años con predominio del sexo masculino (66,67%). En todos los casos se usó fentanilo transmucoso (10-15 µg/kg/dosis) para reducción de una fractura. En relación con el dolor pretratamiento encontramos dolor moderado o severo en porcentajes de 42,86% y 57,14% respectivamente. En 4 de los casos se administró de forma simultánea óxido nitroso inhalado y en 1 caso morfina intravenosa. Tras la administración de analgesia se objetivó un dolor postratamiento: no dolor (23,81%) y dolor leve (42,86%). La ansiedad pretratamiento en la mayoría de los pacientes (33,33%) fue de tensión moderada con llanto continuo. La eficacia del tratamiento fue: buena (57,14%), parcial (33,33%) y mala (9,52%). En cuanto al grado de satisfacción con la analgesia encontramos resultados similares entre el personal sanitario, los padres y el paciente con unas medias de 7,29; 8,62 y 8,43 respectivamente. 6 de los casos presentaron efectos adversos precoces y transitorios. 2 de ellos presentaron náuseas y vómitos y 4 sensación de mareo.

Conclusiones. 1) El fentanilo transmucoso consigue un buen control del dolor en reducción de fracturas en niños. 2) Se encontró mejor respuesta al tratamiento en los casos en los que se asoció fentanilo transmucoso y óxido nitroso o morfina. 3) Los efectos adversos descritos son náuseas, vómitos y mareo. 4) En ningún caso se objetivan efectos adversos graves como depresión respiratoria.

VARIABILIDAD CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA Y FIABILIDAD DEL TRIAJE EN URGENCIAS EN LAS INFECCIONES URINARIAS SEGÚN LA EDAD. Garrido Barbero M, Cuervas-

Mons Tejedor M, Ferragut Ferretjans F, Pérez Rodríguez M, Gabaldón Pastor D, Cilla Lizárraga AL, Pérez Santaolalla E, Mirás Veiga A. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la población pediátrica, aunque sus características en cuanto a incidencia, presentación, etiología y manejo varían en los diferentes rangos de edad. Se muestra un estudio observacional prospectivo-analítico en nuestro medio que muestra estas diferencias.

Pacientes y método. Estudio observacional prospectivo-analítico mediante registro consecutivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Universitario de Burgos desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de ITU y aquéllos con diagnóstico de fiebre sin foco en el que se aisló germen en el urocultivo. Variables recogidas: edad, sexo, triaje general (común a urgencias de adultos) y pediátrico, motivo de consulta, germen aislado, presencia de nitritos en orina y recuento de leucocitos en orina. Con fines comparativos, los pacientes se clasificaron según la edad en ≤ 3 meses *vs* > 3 meses.

Resultados. La ITU fue más frecuente en varones en el grupo de ≤ 3 meses, pero a partir de los tres meses predominaba en las mujeres (75,9%). En el grupo de ≤ 3 meses hubo menor concordancia entre el triaje pediátrico y el general (38,5% *vs* 31,2%, $p < 0,05$). El motivo de consulta más frecuente en el grupo de los ≤ 3 meses fue la fiebre (47,1%), frente a la disuria en el grupo de edad de los más mayores (37,5%). El *E. coli* fue aislado con mayor frecuencia en el grupo de > 3 meses, de manera estadísticamente significativa (88,2% *vs* 57,1%, $p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas en aquéllos con diagnóstico de ITU en cuanto a la aparición de nitritos en orina ni cifra de leucocituria en función de la edad.

Conclusiones. La sospecha de ITU ante fiebre en los menores de 3 meses es importante, dado que en la mayoría de las ocasiones es el único síntoma. La menor incidencia de *E. coli* en los más pequeños podría relacionarse con una mayor incidencia de *Enterococcus faecalis* o *Streptococcus agalactiae*, gérmenes más frecuentes en los primeros meses de vida, o bien con una mayor prevalencia de malformaciones urinarias donde son más frecuentes los gérmenes atípicos. Sería deseable la implantación en los servicios de urgencias pediátricas de un triaje pediátrico ya que su precisión es

mayor, especialmente en el grupo de ≤ 3 meses, dado el mayor riesgo de sepsis y complicaciones.

EMERGENCIA: MEJORAR LA ANAFILAXIA. Torres Aguilar L, Díez Monge N, Velasco Zúñiga R, Fernández Cortés S, Mena Huarte J, Fernández Arribas J. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características de los pacientes atendidos con síntomas de anafilaxia en nuestra Unidad de Urgencias de Pediatría (UPED)

Material y Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a pacientes con diagnóstico de anafilaxia en el informe de alta de UPED entre el 01/01/2013 y el 31/12/2015. Se usó un formulario estándar para recogida de los datos demográficos, de sintomatología y manejo de los pacientes de los informes de urgencias.

Resultados. En el periodo de estudio se atendieron 54 pacientes con sospecha de anafilaxia, de los que se consiguió recuperar datos de 46 (85,2%). El 60,5% fueron varones, con una mediana de edad de 53,6 meses (P25-P75: 29,1-111,8). En 34 (73,9%) casos el episodio era su primer episodio. El 58,7% acudió entre las 19 y las 24 horas del día. A su llegada a UPED en 10 (21,7%) pacientes se consideró el triángulo de evaluación pediátrico como alterado, siendo la dificultad o la insuficiencia respiratorias la alteración más frecuente (8 pacientes). Tan solo 9 (20%) recibieron tratamiento prehospitalario, y en solo 2 casos este tratamiento fue el adecuado (adrenalina). La manifestación más frecuente a su llegada a urgencias fue la cutánea (95,7%) seguida por respiratoria (52,2%), digestiva (47,8%), hemodinámica (6,7%) y otros (4,8%) El agente responsable fue alimentos seguido de fármacos. Se administró adrenalina a su llegada a UPED a 37 (80,4%) pacientes. El 88,9% de los pacientes en los que no fue administrada adrenalina en UPED fueron atendidos en 2013 y 2014. Otros tratamientos administrados fueron corticoides (80,4%), antihistamínicos (80,4%), salbutamol (24,4%), suero fisiológico IV (2,3%) y oxígeno suplementario. Todos los pacientes se fueron de alta, tras una estancia mediana en observación de 380 minutos (P25-P75: 306-607). No se atendieron reacciones bifásicas. Al alta a 22 (47,8%) pacientes les fue prescrito inyectable de adrenalina.

Conclusiones. El manejo de los pacientes con anafilaxia en el medio hospitalario y extrahospitalario de nuestro área de salud es aún mejorable, pese a que en el último año la adherencia a las guías clínicas es mayor. Nuestros resultados muestran la necesidad de diseñar acciones de mejora.