

Comunicaciones Orales

Viernes 6 de noviembre - Sala de Cámara

Moderadores: Enrique García López y Teresa González Martínez

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN EN ASTURIAS DEL CRIBADO METABÓLICO NEONATAL AMPLIADO. Méndez Sánchez A¹, Fernández Morán M¹, Pascual Pérez A¹, Prieto García MB², Martínez Morillo E², Vivanco Allende A¹, Suárez Rodríguez M¹, Díaz Martín JJ¹. ¹Área de Pediatría, ²Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Exponer los resultados del primer año de instauración del nuevo programa de cribado neonatal ampliado en el Principado de Asturias, que incluye hipotiroidismo congénito (HTC), fenilcetonuria (PKU), fibrosis quística (FQP), déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD), academia glutárica tipo I (GA-I) y déficit de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).

Material y métodos. Revisión de la base de datos electrónica del laboratorio de cribado neonatal del HUCA desde el momento de la instauración del programa (1/9/14) hasta el 31/8/15.

Resultados. Se han analizado un total de 6581 muestras, remitidas desde todos los hospitales con maternidad, públicos y privados de la Comunidad Autónoma, así como de la atención domiciliar al parto. En la primera determinación se detectaron 81 muestras positivas (12,3 por mil): HTC 13, PKU 6, FQP 36, GA-I 19, LCHAD 3 y MCAD 4. Al aplicar los protocolos correspondientes, solo se confirmaron 2 casos de HTC y 1 caso de FQP. No se confirmó ningún caso del resto de enfermedades cribadas, aunque uno de los casos sospechosos de MCAD fue éxitus antes de extraerse la segunda muestra. Todos los casos con cribado positivo para PKU fueron falsos positivos por nutrición parenteral. De los 36 positivos para el cribado de FQP, 6 (16,6%) presentaron una segunda determinación de tripsina inmunorreactiva elevada, de los cuales solo 1 se confirmó mediante test de sudor y genética positiva, con la mutación DF508. Todos los casos con cribado positivo en la segunda determinación fueron atendidos por la Unidad Clínica de seguimiento inmediato del Hospital antes de 24 horas tras el positivo en días laborales o como máximo antes de 72 horas en fin de semana.

Conclusiones. El programa de cribado neonatal ampliado en el Principado de Asturias ha conseguido una cobertura muy amplia en el primer año de su entrada en funcionamiento. El escaso número de casos detectados es concordante con las cifras esperadas a priori dada la escasa prevalencia de las enfermedades cribadas. Su implantación viene a solucionar al menos parcialmente la desigualdad existente hasta la fecha entre el Principado de Asturias y otras CCAA del estado.

SCREENING NEONATAL DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE 2013 Y 2014. Naranjo González C¹, Bertholt Zuber L¹, Pérez Gordón J¹, Pozas Mariscal S¹, Palenzuela Revuelta I, Eguiraun Sande AM². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.

Objetivos. Analizar los resultados del screening de hipotiroidismo congénito en nuestro medio en 2013-2014.

Material y métodos. Análisis de los resultados patológicos obtenidos en el screening de hipotiroidismo congénito realizados en 2013-2014 en nuestra comunidad autónoma. Revisión de historias clínicas, antecedentes obstétricos, familiares, confirmación analítica y etiológica, estudios de imagen, necesidad de tratamiento y evolución posterior.

Resultados. En 2013 y 2014 se realizó el test de screening de hipotiroidismo congénito en 9154 recién nacidos (RN) en nuestra comunidad autónoma, 97% del total de RN. Resultó patológico en 38 RN (4:1000). Varones 58%, Mujeres 42%. La 1ª determinación en sangre de talón se realizó a los 3 ddv (rango 2-7). La 2ª determinación se realizó en el 70% (26) de los RN con 1º test alterado, a los 8 ddv (rango 5-20). Edad gestacional 25⁺²-41⁺⁶, 53% prematuros, 11% pequeños para la edad gestacional (PEG). Confirmación diagnóstica: Hipotiroidismo congénito 18 casos (47,4%), hipertirotropinemia transitoria 2 casos (5,3%), no confirmada patología tiroidea en 18 casos (47,4%). Clínica de hipotiroidismo: En 7 casos (18,4%). Pruebas complementarias: Ecografía tiroidea en 11 casos, patológica en 4 (10,5%). Ecografía de rodillas con estudio de núcleos de osificación en 11 casos, patológica en 1 (2,6%). Gammagrafía en 7 casos, patológica en 5 (13,2%). Etiología: Tiroides ectópico 7,9% (3), Agenesia tiroidea 2,6% (1), Hipoplasia tiroidea 2,6% (1), Neurohipófisis ectópica 2,6% (1), Dishormonogénesis 5,3% (2), Hipotiroidismo del prematuro 26,3% (10). Antecedentes Obstétricos: Reproducción asistida en 21% (8) de los test patológicos; 17% (3) de los hipotiroidismos confirmados. Suplementos de Iodo en el embarazo en 21% (8) de los test patológicos; 28% (5) de los casos confirmados. Tabaco en el 13% (5) de los test patológicos; ninguno de los casos confirmados. Antecedentes familiares de Hipotiroidismo: En 16% (6) de test alterados, 11% (2) de casos confirmados. Tratamiento: Se inició Levotiroxina en los 18 casos confirmados, con edad media 20 días (7-84 días). Se suspendió tratamiento en 2 casos de hipotiroidismo del prematuro, a los 6 y 11 meses, y no han precisado reiniciarlo. Evolución: Crecimiento alterado en 2 casos: ambos prematuros (28⁺³ y 29SG) con Displasia broncopulmonar, uno PEG con tetralogía de Fallot. Desarrollo psicomotor retrasado en 2 casos: un prematuro de 30SG PEG y otro a término con meningoencefalitis por enterovirus en periodo neonatal.

Conclusiones. El screening neonatal de hipotiroidismo permite un diagnóstico y tratamiento precoz, antes incluso de las manifestaciones clínicas. En nuestra comunidad se realizó el screening en el 97% de los RN

en 2013-2014; patológico en 4:1000 y se confirmó el diagnóstico en el 47%. Las características de nuestra comunidad son similares a las descritas.

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL. *Valladares Díaz AP, Garrote Molpeceres R¹, Toro Prieto P², Bermejo Aycart P.* ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General de Segovia.

Introducción. El concepto de pequeño para la edad gestacional (PEG) incluye aquellos recién nacidos (RN) cuyo peso y/o longitud al nacimiento son menores o iguales a dos desviaciones estándar ($\leq -2SD$). Entre sus múltiples causas se encuentran patologías maternas (HTA, DM o infecciones durante la gestación), consumo de tóxicos durante el embarazo o la edad materna. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de las madres adolescentes que dieron a luz en nuestro centro hospitalario, así como estudiar la incidencia de PEG nacidos en esta población.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de madre e hijo entre los años 2005-2014. Se recogieron datos relacionados con patología materna, edad, número de gestaciones y abortos, tipo de parto, edad de la menarquia y nacionalidad materna. Respecto a los RN, se recogieron datos referentes a sexo, edad gestacional, test de Apgar, pH de arteria umbilical al nacimiento, somatometría de RN (junto con percentiles y desviaciones estándar de los mismos) así como si precisaron ingreso neonatal o traslado a otro centro. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 17.0.

Resultados. Durante los años 2005-2014, 219 (2,43%) madres adolescentes dieron a luz en nuestro centro hospitalario, siendo la media de edad materna $17,05 \pm 1,07$ años (41,1% de 18 años; 37,4% de 17 años; 11,7% de 16 años; 6,5% de 15 años; 2,8% de 14 años). Destacamos que un 0,5% (n=1) tenían únicamente 12 años de edad. 132 madres (61,7%) tenían nacionalidad extranjera, procediendo la mayoría de países del Este y árabes. Edad media de la menarquia: $12,05 \pm 1,29$ años. El 17,8% (n=38) había tenido embarazos o abortos previos. Tres niños fallecieron por prematuridad extrema y otro falleció en período neonatal secundario a cardiopatía congénita. 110 nacimientos (51,4%) fueron varones; EG media: $38,6 \pm 1,81$ semanas (8,87% fueron prematuros), media de peso RN: $3.104,48 \pm 496,22$ g. Media de longitud de RN: $48,66 \pm 2,33$ cm. Únicamente 14RN fueron PEG (6,39%). 6 madres eran fumadoras durante el embarazo, una diabética tipo I, una VIH positivo y una padecía hepatitis B crónica. Ninguno de sus respectivos hijos cumplía criterios de PEG.

Conclusiones. Solamente el 2,43% de los partos que se registraron en nuestro centro en los últimos 10 años fueron de madres adolescentes, sin observarse mayor índice de patología neonatal o de ingreso hospitalario en nuestra muestra. De ellos, el 6,39% fueron PEG, pudiéndose atribuir la edad materna como factor causante.

EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN EL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ. *Fernández Martínez B, González Martínez T, Gómez González B, González García J, Barrio Traspaderne E, Moreno Pavón B, Rodríguez Rodríguez M, Higuelmo Gómez H.* Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Objetivos. 1) Conocer la epidemiología y características clínicas y evolutivas de los episodios aparentemente letales (EAL) durante el contacto piel con piel precoz. 2) Intentar identificar la presencia de factores de riesgo asociados o causas desencadenantes potencialmente evitables.

Material y métodos. Estudio de serie de casos, descriptivo, retrospectivo, observacional, de los nacidos desde el 1 diciembre de 2013 hasta

el 30 agosto de 2015, que presentaron un EAL durante el contacto piel con piel precoz (primeras 2 horas de vida), precisando algún tipo de reanimación, en un hospital de nivel 2.

Resultados. Durante el período estudiado hemos identificado 5 casos, lo que supone una incidencia de período de 1,6 por 1.000 (IC: 0,2-3,1). Todas las madres eran primíparas, con gestaciones a término, controladas, sin incidencias. Predominio del sexo femenino (80%). Cuatro de los EAL ocurrieron durante los primeros 5 minutos de vida, en la sala de partos. Todos precisaron reanimación con presión positiva intermitente (máximo 3 minutos). Tres fueron ingresados para observación y se realizó ecografía transfontanelar, siendo patológica en los tres casos. A dos de ellos se les realizó RM (con lesiones sugerentes de isquemia en uno de los casos, y normalidad en el otro). En el tercer caso se detectó una mínima lesión isquémica en el núcleo caudado. Uno de los niños presentó secuelas neurológicas transitorias consistentes en hipotonía durante los primeros días de vida y leve retraso del desarrollo en el primer año, con normalidad posterior. Todos los pacientes ingresados recibieron atención temprana.

Conclusiones. 1) Nuestra incidencia de período es significativamente superior a la referida en la literatura revisada. 2) La mayoría de los casos fueron en el post-parto inmediato. 3) Los profesionales sanitarios necesitamos conocer la existencia de este problema y de los posibles factores asociados, para lo que podrían ser de gran ayuda registros multicéntricos prospectivos. 4) Protocolizar las medidas de vigilancia en las primeras horas de vida, no tiene por qué interferir en el contacto piel con piel, y puede favorecer la detección precoz de los EAL, disminuyendo sus posibles secuelas.

EVOLUCIÓN DEL EMPLEO DE LACTANCIA MATERNA EN NUESTRO ENTORNO. *Rodilla Rojo EN, Mínguez Rodríguez B, Ramaño Polo A, Gómez Recio L, Martínez Figueira L, Del Rey Tomás Biosca M, Carbajosa Herrero MT, Garrido Pedraz JM.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos. La lactancia materna es la forma ideal para aportar los nutrientes que necesitan los recién nacidos y conseguir un crecimiento y desarrollo adecuados. El objetivo es determinar aquellos factores favorecedores y perjudiciales para la persistencia de la lactancia materna en nuestro entorno.

Material y método. Estudio retrospectivo de los recién nacidos vivos sanos ubicados en la maternidad del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre el 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2013. Las variables estudiadas fueron: tipo de lactancia al alta, edad gestacional, peso al nacimiento, pérdida de peso, tipo de parto, edad y paridad materna, así como, presencia de patología gestacional, ictericia, hipoglucemia y diagnósticos al alta. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 21 utilizando la prueba de la T de Student.

Resultados. En el período de tiempo estudiado registramos un total de 648 recién nacidos vivos, con una edad media gestacional de 39,12 semanas, la edad materna media fue de 32,35 años y la media de peso al nacimiento de 3.277 gramos. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la lactancia materna y la hipoglucemia transitoria (P: 0,04), la multiparidad (P: 0,003), ser pretérmino o tener bajo peso para edad gestacional (P: 0,000), así como, el embarazo gemelar (P: 0,006).

Conclusiones. La mayoría de los recién nacidos que están en la maternidad de nuestro hospital reciben lactancia materna al alta (63%) aunque un porcentaje importante recibe lactancia mixta (35%), y tan solo un 2% lactancia artificial exclusiva. No se observa relación entre el tipo de lactancia al alta con el tipo de parto, la ictericia, la pérdida de peso, CIR o la edad materna. Hay un menor número de recién nacidos que reciben lactancia materna al alta en aquellos que han presentado

hipoglucemia transitoria, pretérminos, bajo peso, embarazo gemelares y número de hijos previos.

FIABILIDAD DE LA EXPLORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO COMO VALORACIÓN INICIAL Y TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA (DDC). *Álvarez González D¹, García Granja S², García Barcenilla R², García Alfaro MD², Pérez Gordon J³, Sancho Gutiérrez R³, González Escartín E³.* ¹Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón. ²Servicio de Traumatología, ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Valorar la utilidad de la modificación del protocolo diagnóstico y terapéutico en la DDC, consistiendo este cambio en la reexploración del recién nacido pasadas dos semanas sin utilizar el Arnés de Pavlik ni prueba de imagen iniciales. Conocer la necesidad real de tratamiento y de ecografía urgente en los recién nacidos con exploración positiva.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo (2009-2014) incluyendo 96 pacientes con Ortolani y/o Barlow positivos al nacimiento. Se recogieron los factores de riesgo de DDC, la exploración física a las 2 semanas, el resultado ecográfico y el tratamiento efectuado.

Resultados. Se observó una disminución del uso de arneses de Pavlik (AP) del 50%, (media de 33,5 AP/año en los años previos al cambio de protocolo y media de 16,6 AP/año tras el cambio de protocolo). El 67,7% de los pacientes tuvieron una exploración física normal a las 2 semanas, por lo que no precisaron ecografía hasta las 6-8 semanas de edad. El 3,13% de los casos totales necesitaron una reducción cerrada y yeso pelvipédico.

Conclusiones. La modificación introducida confirma que gran parte de las DDC, con exploración positiva al nacimiento, se estabilizan espontáneamente sin necesidad de realizar ecografía ni tratamiento urgente. Constatamos una disminución de las comorbilidades por el uso de AP y del coste total, sin observar empeoramiento de los resultados finales.

¿CONOCEMOS LOS PEDIATRAS LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN NUESTRA CONSULTA DIARIA? *Corrales Fernández A¹, Echevarría Saiz A².* ¹Centro de Salud Sardinero. Santander. ²Unidad de Atención Temprana. Cantabria.

Objetivo. Conocer el número de derivaciones a la Unidad de Atención Temprana desde Julio de 2008 hasta Diciembre de 2014 y comparar éstas con las realizadas a otras especialidades en el mismo espacio de tiempo y en el mismo grupo de edad (< 3 años).

Material. Derivaciones a todas las especialidades recogidas en las historias clínicas.

Métodos. Extraer de las historias clínicas informatizadas el número de pacientes derivados a la Unidad de Atención Temprana en periodos anuales, y compararlas con la derivaciones realizadas a otras especialidades.

Resultados. Desde Julio de 2008 hasta Diciembre de 2014, las derivaciones a las distintas especialidades y subespecialidades pediátricas fueron las reflejadas en la figura siguiente:



■ ATP	■ OFT	■ CARDIO	■ DIGES
■ ORL	■ CIRUG	■ DERMIA	■ NPT
■ ALERGIA	■ NEUMO	■ ORTOP	■ ENDOCRINO

Conclusiones. La Unidad de Atención Temprana representa el primer servicio en cuanto a número de derivaciones se refiere, superando a otras especialidades y subespecialidades pediátricas.

LA ATENCIÓN TEMPRANA EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Corrales Fernández A¹, Echevarría Saiz A².* ¹Centro de Salud Sardinero. Santander. ²Unidad de Atención Temprana. Cantabria.

Objetivo. Describir las características de los pacientes derivados a la Unidad de Atención Temprana desde una consulta de Pediatría de Atención Primaria desde Julio de 2008 hasta Diciembre de 2014.

Material. Características clínicas y epidemiológicas recogidas en las historias clínicas de los pacientes pertenecientes a un cupo de pediatría de Atención Primaria y derivados a la Unidad de Atención Primaria.

Métodos. Revisión de las historias clínicas informatizadas (OMI) extrayendo datos epidemiológicos, perinatales, factores de riesgo, signos de alarma detectados a los largo del seguimiento postnatal, motivos de derivación, diagnósticos y curso evolutivo. El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS.

Resultados. El número total de pacientes derivados a la Unidad de Atención Temprana fue 71. La media de edad en el momento de la derivación fue de 486 días y la mediana de 336 días. Los diagnósticos mayoritarios fueron: Retraso motor, R. madurativo, R. evolutivo, Plagiocefalia/tortícolis, Trastorno específico del lenguaje (TEL), Trastorno del espectro autista (TEA), Retraso psicomotor, R. lenguaje y retraso del habla. En relación al tipo de intervención recibida 31 pacientes (43,6%) recibieron una combinación de intervenciones; 16 pacientes (22,5%) recibieron sesiones de logopedia; 9 (12,6%) fisioterapia; 7 (9,8%) estimulación; 5 pacientes fueron sometidos solamente a visitas de seguimiento; y en 3 no se realizó intervención. De los 50 niños escolarizados, 34 (68%) lo hicieron de forma normalizada; 12 (24%) lo hicieron con algún tipo de apoyo; 3 (6%) de forma especializada; y 1 (2%) de forma combinada. 10 niños (14%) presentaron algún grado de dependencia y/o discapacidad.

Conclusiones. La Atención Temprana representa un papel muy significativo en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. La sensibilización del pediatra es esencial para establecer un diagnóstico de sospecha y la subsiguiente derivación precoz. Solo con la intervención temprana e interdisciplinar, en los casos que lo requieran, obtendremos mejoras en el pronóstico.

RESONANCIA MAGNÉTICA Y COMPLICACIONES DE LA SEDACIÓN EN EL PERIODO NEONATAL. *González García LG, Arias Llorente RP, González Álvarez CE, Carrera García L, Costa Romero M, García López JE, Solís Sánchez G.* AGC Pediatría. Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El uso de la resonancia magnética nuclear (RMN) en el periodo neonatal está aumentando en los últimos años como método diagnóstico y por su demostrado valor pronóstico. Se realiza habitualmente bajo sedación, no estando exenta de riesgos por los efectos secundarios de la medicación utilizada en este tipo de pacientes. A continuación se presenta una revisión de las resonancias realizadas en neonatos en un periodo de 7 años.

Material y métodos. Estudio prospectivo descriptivo. Recogida de datos de forma prospectiva de todos los neonatos que precisaron realización de RMN entre el 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Resultados. Se realizaron 114 resonancias a un total de 108 pacientes (58% varones) con una media de 25 días de vida en el momento de su realización. La edad gestacional media al nacimiento fue de 36 semanas

(entre 24 y 42) y el peso medio al nacer se situó en 2.644 g. La RMN más frecuentemente realizada fue la cerebral (86%), indicada principalmente por convulsiones (23%), hipoxia perinatal (21%), leucomalacia periventricular o malformaciones cerebrales. El resto de las RMN fueron de abdomen (9%), columna y macizo facial. Se usó sedación en el 94% de los casos. Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron la combinación midazolam y ketamina (44%), la combinación midazolam y fentanilo (26%) y el midazolam (22%). Se observaron complicaciones en el 15% de los casos (en el 70% de las cuales se había usado ketamina), siendo la más frecuente la desaturación (12 casos, uno de los cuales precisó intubación), seguida de las clonias y la hipertensión.

Conclusiones. La RMN en el periodo neonatal es una técnica diagnóstica que se realiza cada vez con más frecuencia en las unidades de neonatología, especialmente en niños con patología neurológica. La sedación no está exenta de riesgos como sucede en nuestra serie, siendo la complicación más frecuente la desaturación.

EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DEL HIJO DE MADRE CON SÍNDROME DE HELLP. *González Álvarez CE, González García LG, Carrera García L, Mantecón Fernández L, Arias Llorente RP, Costa Romero M, Suárez Rodríguez M, Solís Sánchez G. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El síndrome de HELLP es un trastorno hipertensivo del embarazo que da lugar a repercusiones neonatales importantes. Cursa con hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombopenia. Tiene lugar en 0,5-0,9% de todos los embarazos y entre un 10-20% de las preclampsias. La mayoría de las veces tiene lugar entre la 27-37 semanas de gestación. Puede suponer una indicación de finalizar el embarazo tanto si las condiciones maternas como fetales son adversas.

Objetivo. Conocer la evolución a corto plazo de los hijos de madre con síndrome de HELLP de nuestro hospital.

Pacientes y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los neonatos hijos de madre con síndrome de HELLP, nacidos en el Hospital Universitario Central de Asturias entre el 1-1-2008 y el 31-12-2013. Encontramos 33 neonatos procedentes de 28 gestaciones (5 gemelares).

Resultados. 33 recién nacidos estudiados (2,2 neonatos por 1000 recién nacidos totales). Dos fueron mortinatos (6,1% del total) y 4 fallecieron tras el nacimiento (12,9% de los neonatos vivos), con una mortalidad perinatal total del 18,2%. Veintiocho neonatos terminaron la gestación antes de la semana 37 (84,8%) y once antes de la semana 32 (33,3%). Siete neonatos pesaron menos de 1.500 g (4 menos de 1.000 g). De los 31 recién nacidos vivos, trece neonatos tenían peso menor al percentil 10 para su edad gestacional (41,9%), 20 precisaron reanimación neonatal (64,5%) y 14 presentaban leucopenia neonatal (45,2%).

Conclusión. La mortalidad y morbilidad de los hijos de madre con síndrome de HELLP los hace un grupo de neonatos de alto riesgo evolutivo a corto plazo.

DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN EL PERIODO NEONATAL. *González García LG, Gutiérrez Alonso S, Palacios Loro ML, González Álvarez CE, Blázquez Gómez CJ, Moya Dionisio V, Arias Llorente RP, Solís Sánchez G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La hipernatremia (sodio sérico mayor de 150 mEq/L), tiene una incidencia estimada del 0,4% en el neonato menor de dos semanas de edad (periodo de mayor incidencia de hipernatremia en la edad pediátrica). Se trata de una entidad casi exclusiva de los neonatos alimentados con lactancia materna. A continuación se presenta una

revisión de las deshidrataciones hipernatremicas neonatales de nuestro hospital de los últimos años.

Material y métodos. Revisión de una serie histórica de nuestro hospital de pacientes con deshidratación hipernatremica procedentes de su domicilio que precisaron ingreso en la Unidad de Neonatología entre los años 2004 y 2015, comprendida por 11 casos.

Resultados. Serie de 11 casos (54% varones), todos alimentados con lactancia materna exclusiva a excepción de uno que empleaba una técnica errónea en la preparación del biberón. La edad media al ingreso se situó en 10 días (entre 4 y 14). El peso medio al nacimiento fue de 3.191 g (entre 2,7 y 3,6 kg) y la edad gestacional media fue de 39 semanas (entre 36 y 41 semanas). Uno de los pacientes presentaba fisura labio-palatina unilateral, asociada a mayor dificultad con las tomas. El 67% de las madres eran primigestas, con una edad media de 32 años. El sodio sérico medio se situó en 173 mmo/L (entre 150 y 189), la creatinina media fue 1,2 mg/dl (entre 0,5 y 2,5) y la urea media fue de 151 mg/dl (entre 43 y 348). El pH medio al ingreso fue de 7,27 con un bicarbonato medio de 14 mmol/L. El porcentaje medio de pérdida de peso respecto al peso del recién nacido se situó en el 27% (entre el 22 y el 32%). Un niño tuvo una convulsión presentando un foco temporal en el electroencefalograma(EEG), el resto de EEG realizados (7) fueron normales. Todas las ecografías transfontanelares realizadas (10) fueron normales. En 2 casos durante el ingreso el paciente se diagnosticó de infección de orina (previamente asintomático). La evolución de todos los pacientes fue satisfactoria, con normalización de la función renal y neuroconducta adecuada en controles sucesivos.

Conclusiones. La hipernatremia en el periodo neonatal es una entidad infrecuente, pero que puede poner en riesgo la vida de neonatos sanos alimentados con pecho. La detección de una pérdida suprafisiológica de peso en el lactante alimentado con lactancia materna exclusiva puede ser útil para detectarla de forma precoz.

MANEJO Y PROBLEMAS DEL SÍNDROME DE DOWN EN EL PERÍODO NEONATAL. *González García J, Barrio Traspaderne E, Fernández Martínez B, Gómez González B, Rodríguez Rodríguez M, Moreno Pavón B, Míguez Martín L, Fernández Fernández EM. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Objetivos. 1) Analizar la incidencia de niños con síndrome de Down en nuestro hospital, y describir sus características clínicas. 2) Analizar los principales problemas y manejo de los niños con esta patología en el periodo neonatal. 3) Nombrar otros problemas menos frecuentes pero potencialmente graves.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, de los niños diagnosticados de Síndrome de Down ingresados en el servicio de Neonatología en los últimos 20 años (1995-2014), en el Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias).

Resultados. En un periodo de 20 años han ingresado en nuestro servicio de neonatología 25 niños, lo que supone un 0,6/1.000 respecto al total de partos atendidos en nuestro hospital en ese periodo de tiempo. 3 de los casos (12%), fueron diagnosticados en el estudio prenatal, mientras que el resto fueron diagnosticados a partir de una sospecha clínica por fenotipo característico durante las primeras horas de vida. 16 de los niños (64%) fueron varones. 11 de los casos (44%), fueron prematuros. 6 casos (24%), bajo peso para la edad gestacional. Ningún caso precisó reanimación neonatal intensa. 22 niños (88%) iniciaron la alimentación de forma correcta. 1 niño presentó intolerancia digestiva durante 3 días, otro precisó alimentación enteral en relación a fallo cardíaco y otro presentó obstrucción digestiva. La pérdida máxima de peso se produjo entre el 2º y el 7º día y el porcentaje medio de pérdida de peso respecto del nacimiento fue un 3,6%. Se realizó ecografía cardíaca de rutina a 22 de

los 25 niños (88%), de las cuales 5 (22,7%) fueron normales y el resto presentaron alguna cardiopatía, de las cuales las más frecuentes fueron CIA y CIV. Solo un niño desarrolló fallo cardíaco durante el ingreso. A 13 niños (52%) se les realizaron otoemisiones acústicas, de los que ninguno presentó alteraciones significativas. En 14 niños (56%) se realizó evaluación oftalmológica, de los cuales solo uno presentó patología (retinopatía de la prematuridad). La exploración de las caderas fue normal en todos los casos, excepto en uno en el que se solicitó ecografía de caderas, siendo ésta normal. 13 de los niños (52%) desarrollaron ictericia y necesitaron tratamiento con fototerapia. 1 de ellos fue de predominio directo y desarrolló colestasis y fallo hepático. 3 niños desarrollaron coagulopatía (2 en relación con cuadro séptico y uno con colestasis). 4 niños fueron diagnosticados de sepsis y 1 de hipotiroidismo congénito.

Conclusiones. 1) La incidencia de niños con síndrome de Down en nuestro medio es ligeramente inferior que la descrita en otros estudios. 2) Los principales problemas en el período neonatal están en relación con el mayor porcentaje de prematuros y bajo peso en niños con esta patología. 3) El porcentaje de niños con cardiopatía es muy alto, por lo que se debe realizar una ecocardiografía. 4) Otras complicaciones son menos frecuentes, pero es necesario tenerlas en cuenta, como el caso de colestasis de nuestra serie.

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA DE RECIÉN NACIDOS CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA NEONATAL SOMETIDOS A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA.

Alcántara Canabal L, González Álvarez CE, González García LG, Arias Llorente RP, Solís Sánchez G. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI) moderada o grave es causa importante de discapacidad y mortalidad. Sus consecuencias hacen que sea un problema sociosanitario relevante. Actualmente, la hipotermia terapéutica (HT) se considera el tratamiento estándar, siempre que se aplique bajo protocolos estrictos y en unidades de nivel IIIb, ya que aumenta el número de niños que sobreviven y disminuye las secuelas.

Objetivos. Conocer la evolución neurológica, la presencia de alteraciones del desarrollo psicomotor y su frecuencia en los niños con EHI moderada-grave perinatal, que forman parte del protocolo de hipotermia moderada activa iniciado en el Principado de Asturias en julio de 2012.

Población y Métodos. Niños \geq de 35 semanas de gestación y menos de 6 horas de vida, con datos sugestivos de EHI moderada o grave, sometidos a HT en el HUCA, nacidos en nuestro hospital y los remitidos de otros centros sanitarios, entre el 1 de julio de 2012 y el 31 de mayo de 2015. Se realizó seguimiento evolutivo en las consultas de neonatología y en la Unidad de Atención Infantil Temprana. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y evolutivas. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 15.0 para Windows.

Resultados. Se sometieron a HT en este periodo 16 pacientes (el 56% procedían de otros centros). Todos precisaron reanimación avanzada y prolongada. El 100% manifestó clínica extraneurológica y el 50% convulsiones neonatales. El 44% presentó alteraciones neurológicas posteriores y el retraso del desarrollo psicomotor se constató en el 25% de los pacientes. Los problemas del lenguaje aparecieron en 1 de cada 4 niños y el 12,5% tiene alteraciones visuales o auditivas. Solo un paciente presenta crisis epilépticas y dos de ellos tiene parálisis cerebral con patrón de lesión global en la resonancia magnética cerebral.

Conclusiones. Los neonatos que manifiestan una EHI perinatal moderada o grave, a pesar de la HT, continúan presentando un importante número de alteraciones neurológicas, siendo las más frecuentes

las de tipo motor. Ninguno de ellos presenta actualmente secuelas de tipo extraneurológico. La HT moderada activa es una técnica segura aplicada bajo protocolos estandarizados de actuación. Los niños con EHI perinatal son pacientes que requieren una atención multidisciplinar con un seguimiento prolongado para detectar problemas referentes a capacidades que no se desarrollan hasta edades más avanzadas como son las alteraciones del lenguaje, del aprendizaje o de la conducta.

REVISIÓN DE CASOS DE HEMIHIPERTROFIA. *Gómez González B, Fernández González N, Barrio Traspaderne E, Fernández Martínez B, González García J, Rodríguez Rodríguez M, Moreno Pavón B. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. la hemihipertrofia es un sobrecrecimiento congénito de una porción corporal, asilado o asociado a diversos trastornos y que conlleva un riesgo aumentado de tumores embrionarios en los primeros años de vida. Se presentan los casos de hemihipertrofia en nuestro centro entre enero de 2007 y diciembre de 2014.

Resumen de los casos. En los 7 años revisados se han diagnosticado 4 casos de hemihipertrofia (incidencia de 0,2 casos por cada mil recién nacidos vivos). **Caso 1.** Actualmente 8 años. Hemihipertrofia facial izquierda que ocasionó una miopía importante de ese ojo. Anomalia en la mordida por la asimetría mandibular. En seguimiento por maxilo-facial, precisará cirugía en un futuro. Procesos asociados: neurofibromatosis I. **Caso 2.** Actualmente 5 años. A seguimiento desde el crecimiento, por sindactilia entre los dedos 2 y 3 de ambos pies (más evidentes en el pie izquierdo), y por lo que parecía un cutis marmorata telangiectásico que en la última revisión dermatología, se cambió el diagnóstico a malformación capilar difusa con sobrecrecimiento. Desde los dos meses se comenzó a apreciar una hemihipertrofia izquierda. Procesos asociados: Arnold-Chiari tipo I (Diagnosticado mediante RM vertebral). Claudicación en la marcha desde el inicio de la deambulación, valorada por trauma, lleva un alza en uno de los zapatos de 1,5 cm. Debido a la hemihipertrofia ha hecho una escoliosis desde los 4 años moderada-severa, controlada por rehabilitación y tratada con fisioterapia + corsé de Milwaukee. **Caso 3.** Actualmente 3 años. Diagnosticada a los 9 meses de hemihipertrofia izquierda. Dismetria de extremidades leve, con leve claudicación al inicio del marcha. Valorada por trauma no precisó tratamiento. Con el crecimiento la asimetría corporal se hizo menos evidente. No incidencias a lo largo de su seguimiento. **Caso 4.** Niño de 3 años a seguimiento desde el nacimiento para estudio de macroglosia, asimetría de extremidades con hemihipertrofia derecha y macrosomía. Estudio genético para síndrome de Beckwith-Wiedeman con resultado positivo. A seguimiento por foniatría, traumatología y rehabilitación. En la última consulta comenzó con plantillas con un suplemento de aproximadamente 1 cm en el pie izquierdo. Ninguno de los pacientes ha desarrollado un proceso tumoral hasta el momento.

Conclusiones/Comentarios. Pese a la baja prevalencia de la hemihipertrofia, es necesario conocer la entidad y realizar un seguimiento evolutivo de los pacientes, no solo para realizar despistaje tumoral, sino para detectar a tiempo y tratar de manera multidisciplinar las posibles complicaciones derivadas del crecimiento corporal asimétrico.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON SÍNDROME DE TURNER EN NUESTRO HOSPITAL. *Galbis Soto S, Mombiedro Arizmendi MC, Bahillo Curieses P, Jiménez Jiménez P, de la Hueriga López A, Vázquez Martín S, Martínez Sopena MJ. Servicio de Pediatría. Sección de Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El síndrome de Turner (ST) es una entidad sindrómica caracterizada por talla baja, disgenesia gonadal y unos hallazgos

fenotípicos característicos asociados a monosomía parcial o total del cromosoma X. Afecta aproximadamente a 1 de cada 2.000 niñas recién nacidas, aunque más del 90% de los fetos con síndrome de Turner se pierden espontáneamente en el 1er o 2º trimestre del embarazo.

Material y métodos. Estudio descriptivo con revisión de las historias clínicas de las pacientes con ST \leq 18 años que realizan seguimiento en nuestro Centro (n=10).

Resultados. La edad media actual es de 12,91 años (8,5-18), siendo diagnosticadas tres de ellas prenatalmente y dos en periodo neonatal inmediato. La edad media de diagnóstico fue de 4,73 años (1 m-11,66) (excluyendo a los diagnósticos neonatales y prenatales). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la talla baja (20%), linfedema de dorso de manos y pies (30%) y existencia de desproporciones corporales. El 50% de las pacientes con ST presentan una monosomía total del cromosoma X (45 XO), encontrando en el resto mosaicismos (20%) y alteraciones estructurales o monosomía parcial de un cromosoma X. El 20% de los pacientes fueron prematuras con EG de 36 semanas, presentando dos de ellas una longitud $<$ -2DS al nacimiento. La patología cardíaca solo está presente en un caso (coartación de aorta) y la patología tiroidea también en otro caso, no presentando ninguna enfermedad celíaca. El 40% de las pacientes presenta alteraciones auditivas en relación con otitis medias serosa de repetición, asociando en el 20% de ellas hipoacusia. Las malformaciones renales se muestran en el 20% y la patología oftalmológica en el 60%. Dentro de las diagnosticadas postnatalmente, la talla media al diagnóstico es de 116,46 cm, siendo la media de las DE de talla al diagnóstico de -1,98 DE. El 90% de las pacientes tiene un Tanner 1 al diagnóstico. El pterigium colli está presente en 4 de las pacientes, el cubitus valgus en 2 de ellas, el 50% de las niñas tiene tórax en coraza y 4 de ellas presentan mamilas separadas. Solo el 20% presentan desproporción segmentaria y 4º metacarpiano corto. El 90% de ellas está en tratamiento con GH, siendo la edad media al inicio del tratamiento de 5,9 años.

Conclusiones. 1) No todas las pacientes presentan las características sindrómicas típicas del ST, siendo algunas de ellas de fenotipo femenino prácticamente normal. 2) Uno de los datos claves para el diagnóstico fue la presencia de talla baja, en alguna ocasión con alteración de las proporciones corporales.

CRECIMIENTO Y PUBERTAD EN LAS PACIENTES CON SÍNDROME DE TURNER REVISADAS EN NUESTRO CENTRO. Galbis Soto S, Mombiedro Arizmendi MC, Bahillo Curieses P, Rellán Rodríguez S, de la Huerga López A, Matías del Pozo V, Martínez Sopena MJ. Servicio de Pediatría. Sección de Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La talla baja es el hallazgo más frecuente en las pacientes con síndrome de Turner (ST) siendo un diagnóstico a tener en cuenta siempre en niñas con hipocrecimiento en edad pediátrica. Otro trastorno endocrinológico propio del ST es el hipogonadismo hipergonadotropo determinando ausencia de pubertad, amenorrea e infertilidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo con revisión de las historias clínicas de las pacientes con ST con edad \leq 18 años que realizan seguimiento en nuestro Centro (n=10).

Resultados. La talla media al diagnóstico de las pacientes fue de 116,46 cm (excluyendo las formas de diagnóstico prenatal y neonatal) con desviación media de -1,98 DE. El 90% de las pacientes tiene un Tanner 1 al diagnóstico y el 90% de ellas han recibido o están recibiendo tratamiento con hormona de crecimiento (rGH). La edad media al inicio del tratamiento con rGH es de 5,9 años (2,1-11,9) con una talla media previa al inicio del tratamiento de 103 cm (79,6-136,8) y de -2,58 DE y una edad ósea media de 5,19 años (TW2RUS). La dosis media de

rGH al inicio del tratamiento fue de 0,051 mg/kg/día. La velocidad de crecimiento previa al inicio del tratamiento era de 5,4 cm/año (4,1-9,21) y -1,92 DE. Durante el primer año de tratamiento la velocidad media de crecimiento fue de 8,8 cm/año (6,6-11,8) y en el 2º año de 6,36 cm/año (5,3-7,7). La talla mejoró tras iniciar el tratamiento, con una media de DE de talla de -1,75 en el primer año y -1,46 DE en el segundo año de tratamiento. Solamente 1 paciente ha alcanzado talla final en la actualidad con talla de 151,7 cm. No se han observado efectos adversos de la medicación. Respecto a la pubertad, se ha inducido la pubertad en 4 de las pacientes (todas ellas cariotipo 45 X0) a una edad cronológica media de 12,7 años (11,5-14,5) y una edad ósea media de 12,12 años (11,75-12,25), siendo el preparado farmacológico más utilizado el 17 B estradiol en parches transdérmicos con asociación posterior de progestágenos, habiendo presentado solo una de ellas menarquia. Tres de ellas presentan pubertad espontánea, una de ellas adelantada, y una ha presentado menarquia espontánea a los 11 años 8 meses (cariotipo 90% 46 XX, 10% 45 X0). El resto se encuentran en edad prepuberal.

Conclusiones. El tratamiento con rGH durante el primer año resulta efectivo, al acelerar la velocidad de crecimiento en las niñas con síndrome de Turner. Algunas de las pacientes pueden tener una pubertad espontánea o incluso una pubertad adelantada y otras requerir inducción de la misma.

Viernes 6 de noviembre - Sala 1

Moderadores: Mireia Arroyo Hernández y Andrés Concha Torre

REVISIÓN DE OMALIZUMAB. TRATAMIENTO DE ASMA GRAVE. Sancho Gutiérrez R, González Escartín E, Pérez Belmonte E, Cabero Pérez MJ, Álvarez González D, Ruiz Castellano N, Cueli del Campo L, Pérez Gordon J. Neumología Infantil, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. El asma continúa siendo la patología respiratoria más frecuente en la infancia. Muchos son los tratamientos de los que disponemos para el control del asma aunque menos conocidos son los nuevos tratamientos indicados en pacientes con asma grave y corticorresistente como es el omalizumab, un anticuerpo monoclonal anti IgE cuya eficacia está ampliamente confirmada y cuyo uso se está extendiendo cada vez más dado los buenos resultados.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie 7 casos de asma alérgico grave tratados con omalizumab. Se recogieron los datos de la historia clínica electrónica y en soporte papel. Se analizaron una serie de variables, entre ellas: edad, sexo, edad al inicio del tratamiento con omalizumab, FEV1 pre y post omalizumab, número de dosis de omalizumab administradas, uso de medicación de rescate y sintomatología intercrisis pre y postomalizumab, número de visitas a urgencias y número de ingresos/año antes y después del omalizumab. Tratamiento de mantenimiento antes del inicio del tratamiento con omalizumab y en el momento actual.

Resultados. Se comprobó como a nivel clínico se produjo una importante mejoría con el tratamiento. Se pudo bajar la dosis de glucocorticoides inhalados en la totalidad de los pacientes. Disminuyó el número de ingreso y visitas a urgencias tras el tratamiento. Según el número de dosis administrada en algún paciente se pudo eliminar el tratamiento de mantenimiento.

Conclusiones. Aunque nuestra cohorte de casos es escasa por el momento, nos es suficiente para determinar que el tratamiento mantenido con omalizumab es eficaz, al mejorar la sintomatología, disminuir el número de crisis, aumentar la capacidad pulmonar y permitir una reducción o incluso suspensión completa de los tratamientos de fondo.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR FIBROSCOPIA DE ANOMALÍAS EN LA VÍA AÉREA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. Díaz Simal L¹, Díaz Zabala M¹, Coca Pelaz A², Mayordomo Colunga J¹, Concha Torre A¹, Vivanco Allende A¹, Menéndez Cuervo S¹, Rey Galán C¹. ¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. ²Servicio Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las anomalías de la vía aérea pueden ser congénitas o adquiridas y ser causa de obstrucción al paso de aire. Dentro de las adquiridas, la intubación endotraqueal o la manipulación agresiva de la vía aérea son las causas más frecuentes. La fibroscopia es el método diagnóstico definitivo, que precisa de profesionales expertos en el manejo de la vía aérea y una adecuada sedoanalgesia, lo que incrementa sus complicaciones. Se presentan 3 casos de estenosis subglóticas y su manejo.

Casos clínicos. En los tres casos se realizó fibroscopia en UCIP bajo sedoanalgesia y colocación de mascarilla laríngea, sin incidencias. **Caso 1.** Niño de 5 años y 20 kg de peso que ingresa en UCIP por traumatismo craneal grave que precisa intubación urgente (tubo del nº6 con balón). Permanece 48 horas intubado y tras extubación, presenta estridor y dificultad respiratoria inmediata con respuesta parcial a adrenalina nebulizada y dexametasona intravenosa. Se realiza fibroscopia donde se objetiva estenosis subglótica concéntrica, realizándose dilatación con tubo con balón y posteriormente corticoide inhalado e intravenoso. Fibroscopia de control realizándose nueva dilatación, con buena evolución posterior. **Caso 2.** Lactante de 7 meses, prematura de 28 semanas que precisó intubación durante 5 días en el periodo neonatal, que ingresa por laringitis grave, con escasa respuesta a tratamiento convencional. Se realiza fibroscopia detectándose tres quistes subglóticos y realizándose marsupialización de los quistes laterales. Buena evolución, con control con fibroscopia a los 2 meses sin evidencia de quistes, permaneciendo asintomática. **Caso 3.** Lactante de 4 meses, intervenido en periodo neonatal de transposición de grandes arterias, que ingresa en UCIP por episodios de cianosis, estridor inspiratorio e hipertonia. Portadora de sonda nasogástrica para alimentación enteral. Se realiza fibroscopia donde se observa laringomalacia leve, con edema de aritenoides importante y granuloma en bronquio derecho, que no parece justificar la clínica. Se pauta tratamiento con budesonida inhalada.

Conclusiones. La exploración de la vía aérea mediante fibroscopia supone una técnica no exenta de riesgos, que precisa de una monitorización y manejo intensivo. Por ello, hay que plantear su realización ante la presencia de estridor de etiología no aclarada, tanto para confirmar el diagnóstico de sospecha y en ocasiones, realización de tratamiento definitivo.

IMPACTO DE UN NUEVO ESTÁNDAR PARA INTERPRETAR LA ESPIROMETRÍA: GLOBAL LUNG 2012 FRENTE A LAS ECUACIONES PEDIÁTRICAS ESPAÑOLAS. Cano Garcinuño A¹, Mora Gandarillas P, Pérez García F. Centros de Salud de ¹Villamuriel (Palencia), ²Infiesto (Asturias) y ³Jardimillos (Palencia).

Introducción. Los resultados de la espirometría se valoran con ecuaciones que predicen el valor esperado de cada parámetro. Hay muchas ecuaciones, que dan resultados dispares y que tienen diversas limitaciones. Además, suelen usarse puntos de corte de normalidad poco apropiados. Para remediar esos problemas nació la Global Lung Function Initiative, un grupo de la European Respiratory Society que en 2012 publicó nuevas ecuaciones de referencia (GLI-2012) que cubren todas las edades.

Objetivos. Evaluar el impacto del nuevo estándar GLI-2012 en la interpretación de los resultados de la espirometría en niños, comparan-

do con la interpretación tradicional basada en ecuaciones de referencia españolas.

Métodos. Se analizan 596 espirometrías únicas de niños de 5,9-15,5 años (media 10,4 ± 2,1), realizadas en estudios clínicos por asma y/o antecedentes de prematuridad. Se comparan los valores esperados (FEV₁, FVC, FEV₁/FVC y FEF₂₅₋₇₅) según GLI-2012 con los esperados según cuatro ecuaciones pediátricas españolas: Barcelona 1985, Valencia 1990, Bilbao 1999 y Galicia 2008. Utilizando como criterio de normalidad un valor ≥ percentil 5 según GLI-2012, se calculan los porcentajes de pruebas con interpretación erróneamente anormal (falsos positivos) y erróneamente normal (falsos negativos) usando las ecuaciones de referencia españolas y los criterios de normalidad propuestos por la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (2007).

Resultados. Las ecuaciones españolas dan valores esperados que difieren de los esperados según GLI-2012, en sentidos distintos para cada ecuación. Las diferencias varían con la edad, el sexo y el parámetro de la espirometría estudiado. Para FEV₁, el porcentaje de falsos positivos varía (según la ecuación española utilizada) entre 1,2-7%, y el de falsos negativos entre 0,3-2,3%. Para FVC esas cifras son 0,0-0,8% y 3,0-4,2%. Para FEF₂₅₋₇₅: 2,7-27,3% y 0-1,6%. En FEV₁/FVC se observan 0,2% de falsos positivos y 3,4% de falsos negativos.

Conclusiones. Los métodos actuales de interpretación de la espirometría en niños en España discrepan de la interpretación basada en GLI-2012, y esto podría causar errores al valorar cambios ocurridos en un paciente.

DIFICULTAD RESPIRATORIA EN PACIENTES ENTRE 1 Y 3 MESES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Sánchez Hernández I, Fernández Calderón L, López Fernández C, Pérez Gómez L, Peña Sainz-Pardo E, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Cuantificar y describir el número de pacientes entre 1 y 3 meses de edad con dificultad respiratoria atendidos en urgencias pediátricas durante el periodo epidémico de bronquiolititis.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes entre 1 y 3 meses atendidos en la unidad de urgencias de pediatría del hospital de referencia de la comunidad desde el 01/12/14 hasta 28/02/15. Excluidos pacientes con patología pulmonar crónica grave tipo displasia broncopulmonar, malformación pulmonar o enfermedad cardiovascular grave. Clasificados por sexo, edad, motivo de consulta, nivel de clasificación. Analizadas las constantes registradas a su llegada, nivel de clasificación, Score de gravedad, necesidad de ingreso hospitalario y pruebas complementarias. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Seleccionados 95 episodios que corresponden a 80 pacientes: 35% (28) pacientes de un mes, 32,5% (26) de dos meses y 32,5% (26) de 3 meses. Niños 46 (57,5%) y 34 niñas (42,5%). Clasificados 92 episodios; con un nivel 1 el 1,1%, con un 2 el 12%, con un 3 el 60,9% y con un 4 el 26,1%. El 48,9% acudieron por dificultad respiratoria, un 26,6% por tos y un 24,5% por otros motivos diferentes a los anteriores. La media de las constantes registradas a su llegada fue: temperatura: 37,1 (DE: 0,52), frecuencia respiratoria: 47,8 (DE: 13,41), frecuencia cardiaca: 154,39 (DE: 21,69) y saturación de oxígeno de 97,57% (DE: 1,75). Calculado score de gravedad en un 22,1% (57,1% leves, 38,1% moderados y 4,8% graves). Realizada radiografía de tórax en 2 casos; una de ellas informada como condensación neumónica y/o atelectasia. Extraído lavado nasofaríngeo en el 50% de los episodios, 40% fueron VRS positivos y el 2,1% Virus Influenza positivos. Precisarón ingreso y/o observación un 45,3% de los casos (43); tiempo medio de ingreso

101,58 (69,98) horas (mediana 72 horas). El 20% de los casos habían consultado previamente.

Conclusiones. Los pacientes entre 1 y 3 meses presentan alto índice de ingreso/observación para garantizar la buena evolución del proceso hospitalario. Es importante realizar una adecuada clasificación y encuesta a su llegada identificando claramente el motivo principal de consulta y evitar subtrajes. La determinación de constantes y el registro de la FR sigue siendo un parámetro básico para la determinación del grado de urgencia del paciente. La dificultad respiratoria en pacientes entre 1 y 3 meses durante periodos epidémicos supone una tasa de atención hospitalaria urgente elevada, consumiendo gran cantidad de recursos en tiempo de estancia y pruebas diagnósticas.

PLEURODINIA EPIDÉMICA, BROTE INTRAFAMILIAR. *Somalo Hernández L, Sarmiento Martínez M, Ruano Fajardo CM. C.S. Pumarín-La Lila, Atención Primaria Area IV, Asturias.*

Introducción. La pleurodinia epidémica es una enfermedad viral febril aguda caracterizada por el inicio súbito de dolor intenso paroxístico en tórax bajo o abdomen. La pleurodinia es un cuadro relativamente desconocido dada su baja incidencia en nuestro medio y la necesidad de un alto grado de sospecha para su correcto diagnóstico.

Casos clínicos. *Caso 1.* Niño de 5 años, sin antecedentes de interés, que comienza con dolor abdominal con exacerbaciones. En las siguientes horas el dolor se va incrementando, llegando incluso a despertarlo por la noche, momento en el cual se decide consultar en el pediatra. Exploración física dentro de la normalidad, con dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo. Resolución espontánea en 48 h. *Caso 2.* Niña de 7 años, hermana del caso anterior, que a los 5 días del cuadro de su hermano comienza con dolor costal izquierdo con los movimientos. En las siguientes horas el dolor se incrementa, describiéndolo como dolor con las respiraciones. Ausencia de tos y mocos, la fiebre hasta 38°C aparece en las horas siguientes al dolor. Auscultación bilateral simétrica y con buena entrada de aire. Preciso analgesia con ibuprofeno, siendo el paracetamol poco efectivo. Resolución espontánea en 48 h. *Caso 3.* Mujer de 37 años, sana, madre de los 2 casos anteriores, que simultáneamente al inicio del cuadro de la niña, comienza con dolor costal en puñalada en lado izquierdo con las respiraciones, que empeora con los movimientos. Ausencia de tos y mocos. La fiebre hace su aparición unas horas después del inicio del dolor, sufriendo en ese momento un importante empeoramiento por lo que preciso traslado en ambulancia al hospital para analgesia, realizándose en aquel momento Rx de tórax, ECG y analítica con enzimas cardíacas todos ellos sin alteraciones.

Comentarios. La característica diagnóstica más útil de la pleurodinia es el carácter paroxístico intermitente del dolor. La información epidemiológica, como la aparición de una afección similar en los familiares o en la comunidad, también puede sugerir el diagnóstico. No obstante, es posible confundir la pleurodinia con: neumonía, infarto pulmonar, fractura costal, costocondritis e infarto del miocardio, peritonitis, colecistitis, apendicitis, úlcera péptica perforada y obstrucción intestinal aguda. A pesar de la baja incidencia de esta patología en nuestro medio, su conocimiento puede contribuir a evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias e invasivas así como el uso de antibióticos innecesarios.

IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS EN FISIOLÓGIA UNIVENTRICULAR. *Alegria Echaury J, Alegria Echaury E, Planelles Asensio MI, Caunedo Jiménez M, Garde Basas J, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT. Cardiología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Dentro del título “fisiología univentricular” se engloban todas aquellas cardiopatías congénitas (CC) en las que no existen dos ventrículos funcionales para impulsar de forma separada la sangre a las circulaciones pulmonar-sistémica. Estos pacientes presentan una anatomía compleja y cirugías de reconstrucción que pueden afectar al desarrollo, la función o la irrigación del nodo sinusal, del nodo auriculoventricular o del tejido de conducción, por lo que no es infrecuente que requieran la implantación de marcapasos (MCP).

Casos clínicos. Exponemos 4 pacientes seguidos en nuestro centro con fisiología univentricular, que han requerido durante el seguimiento, implantación de marcapasos. *Caso 1.* Niño de 6 años con hipoplasia de cavidades izquierdas de diagnóstico prenatal. Intervenido quirúrgicamente de cirugía de Norwood clásico en periodo neonatal, cirugía de Glenn a los 4 meses y finalmente Fontan extracardiaco a los 4 años. Implante de MCP epicárdico bicameral a los 5 años de edad por disfunción sinusal. *Caso 2.* Niño de 8 años de edad con diagnóstico prenatal de ventrículo único de doble entrada con grandes vasos en L-TGA, estenosis subvalvular pulmonar y BAVC. Implante de MCP DDD en periodo neonatal por BAVC congénito. Intervenido quirúrgicamente realizando Glenn pulsado en el primer año de vida y posteriormente cirugía de Fontan. *Caso 3.* Niña de 7 años con Síndrome de Goldenhar, afecta de CC tipo hipoplasia de ventrículo derecho y válvula tricúspide con CIV y grandes vasos normoposicionados con estenosis pulmonar subvalvular. Intervenido a los 7 meses de edad de cirugía de Glenn y posteriormente de Fontan extracardiaco fenestrado. Preciso implante de MCP epicárdico bicameral durante la cirugía de Fontan por disfunción sinusal. *Caso 4.* Niña de 13 años con situs inversus visceral y situs solitus auricular afecta de CC tipo canal AV completo desbalanceado con grandes vasos en L-TGA y estenosis pulmonar. Intervenido quirúrgicamente hasta llegar a fisiología univentricular en estadio Fontan. Implante de MCP epicárdico DDD por disfunción sinusal durante la cirugía de Fontan.

Comentarios. Aunque los resultados a largo plazo todavía no están disponibles, los estudios de seguimiento de 5-15 años de pacientes intervenidos de cirugía de Fontan, demuestran que un 20% de estos pacientes presenta arritmias cardíacas que requieren medicación antiarrítmica o MCP. Las causas más frecuentes de implantación de MCP en esta población incluyen la disfunción sinusal, el síndrome bradicardia taquicardia y el bloqueo avanzado. En nuestra serie, la causa más frecuente de implante de MCP fue la disfunción sinusal en tres de nuestros pacientes seguido de bloqueo avanzado en uno de ellos durante periodo neonatal por BAVC congénito.

REVISIÓN DE RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 5 MESES DE UNA CONSULTA DE ERGOMETRÍAS PEDIÁTRICAS. *Caunedo Jiménez M, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT, Alegria Echaury J, Planelles Asensio MI, Garde Basas J, Bolado Martínez R. Servicio de Pediatría. Consulta de Cardiología Infantil. Hospital General Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. Revisar la labor realizada en la consulta de ergometrías pediátricas durante sus primeros 5 meses de existencia.

Material y métodos. Cada ergometría es realizada por una enfermera y un pediatra especialista en Cardiología Infantil. Para la realización de la misma contamos con una cinta de correr, un tensiómetro, un saturímetro y un electrocardiógrafo. Empleamos el protocolo de Bruce en niños mayores de 7 años y el Test de la Marcha de los 6 Minutos en menores de esa edad.

Resultados. Hemos realizado 18 ergometrías (10 niñas/8 niños). La edad mínima de los pacientes fue 4 años y la máxima 14 (media

8,6). Solo un paciente tomaba medicación (metilfenidato). Se empleó el protocolo de Bruce en 16 pruebas y el Test de la Marcha de los 6 minutos en dos. Las indicaciones han sido: dolor torácico y palpitations con el ejercicio (4 pacientes), dolor torácico aislado con el ejercicio (2), palpitations con el ejercicio (2), extrasistolia ventricular frecuente (2), valoración de tolerancia al ejercicio en cardiopatías congénitas (2), valoración de tolerancia al ejercicio en anomalías coronarias (1), antecedentes familiares de muerte súbita (2), otros (3). En los pacientes con protocolo de Bruce, el tiempo máximo de ejercicio fue 15 minutos y el mínimo 9 (mediana 12) y los METS alcanzados fueron máximo 16 y mínimo 9,6 (media 12,6). Los motivos de finalización fueron cansancio en 17 pacientes y crisis de asma en 1. Las pruebas resultaron normales en 17 pacientes (en 1 se observó un alargamiento del QTc).

Conclusiones. Es útil la implantación de una consulta de ergometrías pediátricas en los centros con Cardiología Infantil, permitiendo a los cardiólogos pediátricos completar los estudios necesarios para el correcto diagnóstico/seguimiento de los pacientes. El número de consultas de niños con dolor torácico/palpitations con ejercicio se ha incrementado, así como el número de pacientes que precisan controles rutinarios de ergometría por cardiopatía estructural o eléctrica. Consideramos adecuado que estas pruebas sean realizadas por el propio pediatra especialista en cardiología infantil puesto que en ocasiones se trata de niños pequeños que requieren un manejo especial, tanto a la hora de realizar la prueba como en las posibles complicaciones que se pudiesen derivar de la misma.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DE LA ADENITIS EN UNA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. *Guevara Caviedes N, Puerta Pérez P, García Aparicio C, Zoido Garrote E, Galvez Criado R, Fernández Villar A, Fernández Rodríguez N, Andrés Andrés AG. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción y objetivos. Se calcula que existen adenopatías cervicales en el 55% de los niños que consultan por otro motivo, principalmente en localización laterocervical, su incidencia real se desconoce. Se consideran subagudos/crónicos a aquellos casos de más de 21 días de evolución. Nuestro objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas y manejo de las adenitis valoradas en la consulta de infectología.

Material y método. Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de adenitis subaguda y crónica en consulta externas del hospital de León en un periodo de 3 años. Variables: edad, sexo, tamaño, localización, clínica, etiología, exámenes complementarios, tratamiento y complicaciones.

Resultados. Estudiados 34 casos (59% mujeres). Edad media de 4,4 años (rango: 1,2-14). Tamaño medio de la adenopatía principal de 2,5 cm. Las localizaciones más frecuentes fueron laterocervical (21/34) y submandibular (6/34). 32% presentaron adenopatías en más de una cadena ganglionar. 10/34 casos asociaron infección ORL o bucodental reciente, 8/34 adenopatía dolorosa y 7/34 fiebre. Se diagnosticaron 19 casos de adenitis reactiva (identificado el virus en 4/19), 7 adenitis por micobacteria no tuberculosa (AMNT), 4 adenitis bacteriana estafilocócica, un caso de enfermedad por arañazo de gato, 1 linfoma y 1 LLA. Radiografía de tórax normal en 14/14 casos, mantoux positivo en 2/25, serología positiva en 3/32. Realizada ecografía en todos los pacientes, PAAF en 6 (3 AMNT, leucemia y linfoma, 1 microabsceso). 25 niños recibieron tratamiento antibiótico (12/25 más de un ciclo), 8 drenaje y 4 exéresis. 41%

precisaron ingreso hospitalario (media de 10,2 días). 11 pacientes presentaron abscesificación y 4 fistulización.

Comentarios. En pediatría la mayoría de las adenopatías son reactivas a infecciones respiratorias, principalmente virales y suelen regresar espontáneamente, sin embargo es necesario no despreciar esta entidad ya que puede ser la manifestación de enfermedades malignas como leucemias y linfomas o de difícil manejo como las adenitis por micobacterias.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS POR TOS FERINA EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID DURANTE PERÍODO 2008-2015. *Siguero de la Infanta S, Palomares Cardador M, Di Tata Francia C, Orellana Castillejo N, Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, Pino Vázquez MA, González García H. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos. La tos ferina (TF) continúa siendo una enfermedad prevalente a pesar de la vacunación sistemática. En numerosas publicaciones de los últimos años se ha observado un aumento del número de casos en ciertos grupos de edad, encontrándose en lactantes pequeños las mayores tasas de hospitalización, complicaciones y mortalidad. El análisis de sus características en nuestra población pediátrica puede facilitar el conocimiento de esta entidad, disminuyendo la demora en el diagnóstico, tratamiento y en las medidas preventivas para la población más susceptible.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo a través de revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de TF en últimos 8 años. Se utilizaron los criterios diagnósticos de los CDC de Atlanta 2005 para la definición de caso confirmado, especialmente basándonos en el diagnóstico microbiológico mediante reacción en cadena de la polimerasa para *Bordetella pertussis* en muestras de lavado nasofaríngeo.

Resultados. Se registraron un total de 8 ingresos por TF, correspondiendo el 50% (4) a casos diagnosticados en 2015, sobre todo en meses de primavera y otoño. Predominio de mujeres en 75% (6). Mediana de edad al diagnóstico: 2 meses (rango 1-2). Antecedentes familiares de infección respiratoria en 50% (4). Prematuridad en 37,5% (3). Lactancia materna exclusiva en 37,5% (3). Solo un 12,5% (1) había recibido alguna dosis de vacuna frente a TF (única dosis). El 75% (6) acudieron previamente a Pediatría de Atención Primaria. Clínica: Todos desarrollaron episodios de tos pertussioide, asociando dificultad respiratoria el 50% (4), cianosis y/o apnea el 37,5% (3) y fiebre el 12,5% (1). Hallazgos de laboratorio: En todos los casos se detectó leucocitosis con linfocitosis, PCR media de 7,9 mg/L. Se demostró coinfección respiratoria en 50% (4), siendo la asociación más frecuente la de Enterovirus/Rinovirus. Mediana de tratamiento con macrólidos: 5 días (rango 3-5). Un 62,5% (5) ingresaron en UCI Pediátrica. Un 75% (6) recibieron soporte ventilatorio con VNI y un 12,5% (1) con VMC. Mediana de días de estancia hospitalaria total: 17 días (rango 1-33). Un 37,5% (3) desarrollaron complicaciones, siendo la más frecuente la bradicardia. No se registró ningún caso de TF maligna.

Conclusiones. Los casos registrados de TF correspondieron a lactantes de menos de dos meses de edad, lo que conlleva una alta morbilidad, detectándose un elevado número de ingresos en UCI. Cabe destacar el aumento del número de casos agrupados en el último año, que coincide con lo publicado en numerosas áreas geográficas de España, resaltando un aumento de la incidencia de dicha enfermedad. Es importante conocer el estado de inmunidad de la población adulta para evaluar la estrategia vacunal y mejorar la protección de los grupos de riesgo.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO. DIAGNÓSTICO A PARTIR DE LINFADENOPATÍAS EN LOCALIZACIONES ATÍPICAS. *Arranz Fernández S¹, García Balbuena ML². ¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Pediatra. CS El Llano, Área V, Asturias.*

Introducción. La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa causada por *Bartonella henselae* (antropozoonosis), que puede originar adenitis regional crónica o subaguda en niños y adolescentes tras una inoculación cutánea por el arañazo o contacto con gato. Típicamente se caracteriza por la aparición de una pápula a los 3-10 días del contacto con el gato, desarrollando 2-3 semanas después adenopatías regionales que se mantienen unos 15 o 20 días. Muchos pacientes no presentan ninguna otra manifestación, siendo hasta en la 95% de los casos la única manifestación la presencia de un adenitis aislada.

Material y Resultados. Se describen 3 casos de niños con EAG que debutaron con adenopatías de tamaño voluminoso, consistencia dura y localización atípica (sublingual, supraclavicular y epitroclear) sin fiebre ni otra sintomatología asociada. La exploración física fue normal y la analítica realizada no mostró alteraciones, confirmándose el diagnóstico por serología positiva para *Bartonella henselae*. Se realizó ecografía de las lesiones en 2 de los casos, demostrando el origen ganglionar de las mismas. En los 3 pacientes se pautó tratamiento con Azitromicina a dosis de 10 mg/kg/día durante 5 días con resolución completa en todos. La presencia de adenopatías de gran tamaño, duras y con signos inflamatorios subyacentes, nos llevó a hacer un diagnóstico diferencial de enfermedades potencialmente graves, que incluyó una anamnesis y examen físico completos y se apoyó en estudios complementarios (analíticas y estudios de imagen).

Conclusiones. 1) En presencia de adenopatías unilaterales en localizaciones típicas/atípicas, considerar la EAG como entidad diagnóstica, sobre todo en ausencia de otros síntomas o signos exploratorios. 2) Recabar información acerca del contacto con gatos. 3) Debe considerarse el diagnóstico diferencial de las linfadenopatías, el cual debe basarse en una anamnesis y exploración físicas exhaustivas y en algunos casos con la realización de estudios complementarios.

MASTOIDITIS AGUDAS: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN NUESTRO MEDIO. *Palomares Cardador M, Di Tata Francia C, Sigüero de la Infanta S, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, Orellana Castrillejo N, Pino Vázquez MA, González García H. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La mastoiditis aguda (MA) es una complicación frecuente e importante en la otitis media aguda (OMA). El retraso diagnóstico facilita la aparición de complicaciones graves como aparición de abscesos, pudiendo evolucionar a cuadros con afectación meníngea, siendo importante efectuar un diagnóstico precoz.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de MA en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre los años 2000-2014. Definición de caso: niño con signos clínicos de inflamación mastoidea + antecedente de OMA y/o alteraciones mastoideas compatibles en el TAC (opacificación, coalescencia trabecular, osteítis o presencia de abscesos). Revisión de historias clínicas.

Resultados. Se registraron 40 casos, 67,5% (27) varones. *Mediana etaria:* 24 meses (3-156). Un 65% (26) ingresaron en otoño/invierno. Un 60% (24) con lateralidad izquierda. El 62,5% (25) inició antibioterapia previa al ingreso por OMA. *Clínica:* 82,5% (33) fiebre, despegamiento pabellón auricular 92,5% (37), otorrea 45% (18), eritema retroauricular 82,5% (33), otalgia 72,5% (29), dolor mastoideo 35% (14), antecedente catarral 65% (26). *Pruebas complementarias:* 100% (40) Analítica sanguí-

nea [90% (36) Leucocitosis, neutrofilia 25% (10), media de valor PCR: 72,95 mg/dl (9,5-242)], 57,5% (23) TAC-craneal [100% (23) alteración mastoidea], 100% (40) valoración conjunta con ORL, de los cuales al 92,5% (37) se le recogió exudado ótico [67,5% (25/37) positivos: 28% (7) *Pseudomona*, 32% (8) *Staphilococo* de diversas cepas, 12% (3) *Neumococo*, 28% (7) *Pyogenes*]. *Mediana de estancia hospitalaria:* 6 días (3-12). *Tratamiento:* 100% antibioterapia [*mediana tratamiento iv:* 6 días (3-12), *mediana antibioterapia total (iv/vo):* 13 (8-22)], tratamiento con corticoterapia: 45% (18). *Presencia de complicaciones intracraneales en forma de absceso:* 17,5% (7), de los cuales el 85,7% (6) precisaron drenaje quirúrgico. *Necesidad de reingreso:* 5% (2 pacientes, ambas por OMA recidivante).

Conclusiones. Al igual que se describe en la literatura los pacientes ingresados en nuestro servicio por MA cumplían las características típicas de la enfermedad, sin precisar realizar TAC en todos ellos, evitando radiaciones innecesarias. Es fácil su confusión con cuadros de afectación ótica mixta (externa y media), siendo fundamental realizar un diagnóstico diferencial para evitar realizar exploraciones/tratamientos inadecuados.

UTILIDAD DE LOS COPROCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. *Di Tata Francia C, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, Izquierdo Herrero E, Jiménez Jiménez P, Luque Tur MA, Abad Arevalillo S, García Saseto P. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La diarrea aguda se define como el aumento súbito del número de deposiciones o la disminución en su consistencia. La causa más frecuente en niños es la infecciosa. Los agentes víricos aislados del grupo Norwalk (Rotavirus, Astrovirus, Adenovirus y Calcivirus) predominan en los niños pequeños, mientras que los bacterianos como *Salmonella* y *Campylobacter* suelen afectar a los mayores, existiendo otras variaciones debidas al predominio estacional y a las circunstancias vacuнаles. El diagnóstico se basa en la clínica y no se recomienda el estudio microbiológico sistemático de heces. Suelen ser procesos autolimitados que no requieren tratamiento farmacológico salvo en determinados casos. Se cuestiona, por tanto, la utilidad de recoger de forma rutinaria muestras de heces en diarreas agudas en Urgencias.

Objetivos. Describir las muestras de heces recogidas en Urgencias de pacientes con diagnóstico de diarrea aguda.

Material y método. Revisión de los resultados registrados en los archivos de Urgencias de coprocultivos en el período entre Enero 2015 y Septiembre 2015, siendo un estudio tipo observacional, descriptivo y analítico.

Resultados. Durante los 9 meses revisados, se recogieron 94 coprocultivos: el 52,1% presentaron un resultado negativo, frente a 47,8% positivos. Entre los resultados positivos el 71,1% procedían de muestras de niños de 2 o menos años y el 28,9% de niños mayores de 2 años. El 41,4% de la muestra eran mujeres y el 58,5% varones. El agente más frecuentemente aislado fue el Rotavirus (55,5%) seguido de *Salmonella enteritidis* (17,7%), *Salmonella typhi* (8,8%), y *Campylobacter j.* (15,5%). El Rotavirus fue el agente más frecuentemente aislado: 71,8% entre los coprocultivos positivos en niños de 2 o menos años.

Conclusiones. Actualmente solo se considera indicado el estudio microbiológico de heces en diarrea aguda en caso de inmunodeficiencias, diarreas mucosanguinolentas, pacientes ingresados, diagnósticos dudosos, toxiinfecciones alimentarias o diarreas prolongadas. En ocasiones se recogen muestras por otras indicaciones: impresión clínica, derivación a urgencias para su recogida, etc. Dado que el conocimiento del agente etiológico no influye en el abordaje terapéutico salvo en casos seleccionados, se considera innecesaria la recogida rutinaria de muestras de heces en Urgencias.

VARIABLES CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS MENINGITIS NEUMOCÓCICAS INFANTILES EN UN HOSPITAL TERCIARIO. *González Escartín E, Angulo López I, Ots Ruiz E, Pereira Bezanilla E, Agea Díaz L, Vázquez Canal R, Palacios Sánchez M, Teja Barbero JL. Servicios de Pediatría, Microbiología y Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivo. *S. pneumoniae* es el microorganismo que más frecuentemente produce meningitis bacteriana en los niños mayores de 1 mes. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de la meningitis neumocócica en nuestra comunidad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de meningitis bacteriana por *S. pneumoniae* entre los años 2000 y 2014, ambos incluidos, en un hospital de tercer nivel de una comunidad uniprovincial.

Resultados. Se diagnosticaron 17 casos de meningitis neumocócica con una mediana de edad de 11 meses (RIQ 1-144), y una relación entre sexos de 1,12:1 predominando discretamente el sexo masculino. En el período 2001-2005 hubo 9 casos (52,9% del total), en 2006-2010: 7 casos (41,2%) y en 2011-2014: 1 caso (5,9%). Desde el punto de vista epidemiológico, presentaban patología de base 7 pacientes (41,2%). El 58,8% de los pacientes presentaban una causa subyacente: catarro de vías altas (7/17), faringoamigdalitis (1/17), bronquiloitis (2/17) y presencia de una válvula de derivación ventrícuoperitoneal (1/17). La estancia hospitalaria mediana fue de 14 días (RIQ 10-33), precisando ingreso en UCI en 70,6% de los casos con una estancia media en UCI de 6,7 días. En cuanto al tratamiento intensivo, 6 pacientes requirieron ventilación mecánica y solo 1 soporte inotrópico. La duración media de la fiebre fue de 4,3 días. Cinco niños de los 17 presentaron secuelas a largo plazo, 3 auditivas, 2 motoras y 1 niño presentó secuelas de ambos tipos. Solo un niño falleció. En todos los casos se prescribió tratamiento corticoideo con dexametasona con un promedio de duración de 2,8 días.

Conclusiones. Casi la mitad de nuestros pacientes presentaban un patología de base previa a la meningitis neumocócica. A pesar de lo controvertido del uso de dexametasona en el tratamiento de la meningitis bacteriana la totalidad de nuestros pacientes fueron tratados con la misma. Llama la atención que solo en 5 casos existieron secuelas a largo plazo y solo hubo un éxitus.

VARIABLES MICROBIOLÓGICAS DE LAS MENINGITIS NEUMOCÓCICAS INFANTILES EN HOSPITAL TERCIARIO EN PERIODO 2000-2014. *González Escartín E, Angulo López I, Ots Ruiz E, Cueli del Campo L, Agea Díaz L, Sancho Gutiérrez R, Ruiz Castellano N, Teja Barbero JL. Servicios de Pediatría, Microbiología y Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivo. El *S. pneumoniae* es un coco grampositivo que consta de más de 90 serotipos y se encuentra colonizando la nasofaringe de los niños de más de 4 años. Es el microorganismo más frecuentemente implicado en la meningitis bacteriana en niños mayores de 1 mes. Desde la vacunación antineumocócica en el 2001 ha disminuido su incidencia. Nuestro objetivo fue analizar los serotipos más frecuentemente implicados en las meningitis neumocócicas, así como evaluar el impacto de la vacunación antineumocócica en nuestro área.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de meningitis bacteriana por *S. pneumoniae* entre el 2000 y 2014, ambos incluidos, en un hospital terciario de una comunidad uniprovincial.

Resultados. Se diagnosticaron 17 casos de meningitis neumocócica. En el período 2001-2005 hubo 9 casos (52,9% del total de casos), en 2006-2010 7 casos (41,2%) y en 2011-2014 1 caso (5,9%). A nivel microbiológico, se aisló *S. pneumoniae* en sangre y LCR en la mayoría de los

casos (64,6%), en LCR exclusivamente en el 29,5%, y en un caso (5,9%) se realizó el diagnóstico de meningitis clínica no siendo posible realizar punción lumbar. Entre los *S. pneumoniae* aislados: el 58,8% fueron sensibles a penicilina, 88,2% a cefotaxima y el 100% a vancomicina. Los serotipos aislados en el período 2001-2010 fueron: 1 (1 caso), 4 (1), 6A (3), 7F (1), 8 (2), 10A (3), 15C (1), 19F (2) y en 2011-2014 se observó 1 caso de serotipo 6B, serotipo incluido en VCN7v, VCN10v y VCN13v. En 2 de los pacientes no se pudo aislar el serotipo correspondiente. Solo 2 pacientes recibieron vacunación: uno con 1 dosis de VCN7v cuyo serotipo es desconocido y un paciente con vacunación completa con VCN7v con serotipo 7F incluido solo en la VCN13v. La VCN7v cubría el 23,5% de los serotipos causales, la VCN10v el 35,3% y la VCN13v el 52,9%. El tratamiento antibiótico de elección fueron las cefalosporinas de 3ª generación en el 100% de los pacientes, asociándose en un 82,4% la vancomicina y en un 29,4% la ampicilina. Duración media de la antibioterapia de 11,5 días.

Conclusiones. Se observa una disminución en la incidencia de meningitis neumocócica tras la introducción de la VCN7v de forma progresiva, y fundamentalmente tras la VCN13, existiendo solo un caso en el periodo postcomercialización de la VCN13. La mitad de los serotipos causales están incluidos en la VCN13, con lo cual cabe esperar que la incidencia de meningitis neumocócica se verá reducida en los próximos años tras la instauración de la vacunación infantil sistemática en nuestra comunidad.

MOVIMIENTOS EN ESPEJO, CASOS PEDIÁTRICOS CON VÍDEO CLÍNICO. *Carrera García L, Pascual Pérez AI, Rodríguez García L, Díaz Simal L, Fernández Morán M, Blanco Lago R, Málaga Diéguez I. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los movimientos en espejo (ME) son movimientos involuntarios realizados de manera simultánea al movimiento intencionado de los músculos homólogos contralaterales. Se localizan sobre todo en las manos aunque pueden afectar a todo el cuerpo. Los ME se clasifican en familiares (herencia autosómica dominante), esporádicos y casos asociados a otros trastornos neurológicos (síndrome de Kallman, Klippel-Feil, anomalías del cuerpo caloso, etc.)

Resumen del caso. *Caso 1.* Niña de 15 años sin antecedentes pre o perinatales de interés; seguida en Neuropediatría desde los 18 meses por torpeza motora y capacidad cognitiva baja. A los 13 años de edad se detectan ME a nivel de las manos. A la exploración destaca una marcha torpe con pies cavos bilaterales y ROTs aumentados. Las pruebas complementarias incluyendo screening metabólico ampliado, CGH array y vídeo EEG, son normales. En la RM se aprecia ligera hipoplasia del puente y cuerpo caloso, dilatación del ventrículo lateral derecho y prominencia del IV ventrículo. *Caso 2.* Niño de 8 años, prematuro de 36 semanas y procedente de una gestación gemelar, seguido desde entonces por presentar una hidrocefalia triventricular. Se detectan a los 2 años y medio de edad movimientos en espejo que afectan sobre todo a la motricidad manual, siendo el resto de exploración física normal. El abuelo paterno del niño refiere padecer unos movimientos en las manos parecidos. Actualmente persisten todavía ME a nivel de las manos que le dificultan tareas bimanuales y presenta dificultades en el aprendizaje precisando apoyos específicos en su colegio. Las pruebas de laboratorio y vídeo EEG son normales. No se ha realizado estudio genético. En la RM se aprecia ventriculomegalia tetraventricular con alteración morfológica compleja de las estructuras de la fosa posterior.

Conclusión. Los ME se consideran patológicos si persisten pasados los 8-10 años. Su patogenia no está del todo clara, unas teorías defienden su origen en el cuerpo caloso (falta de mielinización o anomalías a dicho nivel que impedirían la comunicación interhemisférica) y otras,

la presencia de un tracto corticoespinal aberrante ipsilateral. En nuestro caso, ambos pacientes presentan alteraciones en la neuroimagen en posible relación con su etiología. Los ME se asocian a trastornos neuropsicológicos, torpeza motora, retraso del lenguaje,... por lo que su presencia debe ser investigada en pacientes con dificultades para el aprendizaje como las que presentan nuestros pacientes. Debemos conocerlos ya que según su grado de afectación pueden llegar a ser incapacitantes para la vida diaria (comer, marcha, montar en bici...), debiendo recibir terapia rehabilitadora para mejorar sus habilidades motrices.

TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y RELACIONADOS, UNA PATOLOGÍA EMERGENTE. *Del Rey Tomás-Biosca M, Mendoza Sánchez MC, Calama Martín J, Gómez Recio L, Martínez Figueira L, Mínguez Rodríguez B, Ramajo Polo A, Rodilla Rojo E. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Introducción. La somatización se define como la tendencia a experimentar y manifestar malestar psicológico a través de quejas somáticas. La nueva clasificación DSM-V engloba este tipo patologías en trastornos de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión, facticio y factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas. Los niños, por su inmadurez cognitiva y verbal tienen una mayor predisposición a manifestar sus emociones mediante síntomas físicos. Dado el aumento de su incidencia en la edad infantil, describimos los casos más relevantes de los pacientes ingresados en 2015.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de cuatro niños ingresados en la Unidad de Escolares del Hospital Universitario de Salamanca con el diagnóstico de sospecha de trastorno de síntomas somáticos y relacionados.

Resultados. Los dos primeros casos son dos pacientes del sexo femenino de 12 y 13 años, vistas en varias ocasiones por sensación de inestabilidad, pérdida subjetiva de tono de miembros inferiores y cefalea. Ambas presentaban estresores psicosociales en el ambiente familiar. El tercer caso se trata de un varón de 12 años con varios ataques de tos que le hacen acudir a Urgencias, precisando ingreso para estudio. Refiere situación familiar difícil y acoso escolar. El cuarto caso es de un varón de 12 años con parestesias en pie izquierdo, debilidad de miembros inferiores e inestabilidad para la marcha. Perfeccionista, exigente consigo mismo y preocupado por las enfermedades. En todos ellos la exploración física fue normal, al igual que las pruebas complementarias realizadas. Fueron valorados por diferentes especialistas médicos, que no encontraron justificación orgánica para el cuadro. Mejoraron con el apoyo psicológico y psiquiátrico, por lo que se sospechó trastorno de síntomas somáticos y relacionados.

Conclusiones. El carácter emergente de este tipo de patologías tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria obligan a tenerlas en mente como posibles diagnósticos. Requieren una valoración clínica minuciosa, búsqueda de factores de riesgo y trabajo en equipo, para minimizar la iatrogenia y su cronificación.

ESTUDIO DE LOS INGRESOS POR SÍNDROME NEFRÓTICO EN NUESTRO HOSPITAL EN 15 AÑOS. *Javaloyes G, Cabanillas Boto M, Del Olmo M, Serena Gómez G, Urueña Leal MC, Salamanca Zarzuela B, Andrés de Llano JM, Peña Valenceja A. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. El síndrome nefrótico es la glomerulopatía primaria más frecuente en la infancia. Bajo esta premisa quisimos realizar

un estudio descriptivo de los casos que habían ingresado en nuestro centro, en el periodo entre 1993 y 2014, con el diagnóstico síndrome nefrótico (SN).

Material y métodos. Hemos empleado los datos extraídos del CMBD con los códigos de la CIE9-MC correspondientes a síndrome nefrótico de la base de datos de nuestro centro.

Resultados. Durante el periodo de tiempo descrito han ingresado en nuestro centro 14 pacientes bajo el diagnóstico de síndrome nefrótico, con una tasa de prevalencia de 5,2/100000 niños y año. En la distribución por sexos encontramos 11 varones (79%), frente a 3 (21%) mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa. La mediana de edad del primer ingreso fue de 54 meses (33-84), sin evidenciarse diferencias entre los distintos sexos. La estancia mediana para el primer ingreso fue de 8 días. En cuanto a la distribución por meses, para el primer ingreso, no se observó diferencias significativas. En ningún caso el diagnóstico se realizó en los meses de verano. No hay variación estadísticamente significativa de la incidencia de SN en los años estudiados. De los 14 casos, 11 fueron catalogados como SN idiopático primario y 3 secundario a púrpura de Schölein-Henoch. Se administró tratamiento corticoideo oral según protocolo, solo en un caso se evidenció corticodependencia.

Conclusiones. El diagnóstico de SN se mantiene estable a través de los años sin predominio estacional, siendo, como ya se sabía, la patología glomerular más frecuente, aunque de baja prevalencia en la edad pediátrica. Predomina el sexo masculino como, ya está descrito en la literatura. La edad de diagnóstico es concordante con lo ya conocido. Un alto porcentaje de estos pacientes responde favorablemente a la terapia con corticoides orales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TROMBOSIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO. *Di Tata Francia C, Palomares Cardador M, Sigüero de la Infanta S, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E, Orellana Castillejo N, González García H, Álvarez Guisasaola FJ. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las trombosis pediátricas constituyen una patología de escasa incidencia (21,9-58 casos/10.000 niños hospitalizados). Aparecen principalmente en niños con factores predisponentes, afectos o no de patologías graves. Identificar precozmente las características que asocian es fundamental para actuar rápidamente, evitando un desenlace fatal y reduciendo potenciales secuelas secundarias. **Material/métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de las características clínico-epidemiológicas, terapéuticas y evolutivas de los niños afectos de trombosis e ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre los años 2005-2015. Revisión de historias clínicas.

Resultados. 6 casos registrados. *Ratio varón/mujer* 1:1. *Mediana etaria:* 11,1 años (1,75-14,25). *Sospecha clínica trombótica al ingreso:* 50% (3). *Antecedentes familiares patología procoagulante:* 16,6% (1, anticoagulante lúpico positivo). *Factores predisponentes:* 100% (6) multifactorial [obesidad 50% (3), inmovilización/sedentarismo 83,3% (5), enfermedad basal grave 66,7% (4), cáncer 50% (2), cardiopatía 25% (1), depresión neonatal 25% (1), medicación procoagulante 33% (2)]. *Clínica:* dolor 83,3% (5), distermia en extremidades 33,3% (2), afectación neurológica 33,3% (2), disnea 16,6% (1), hemorragia asociada 16,6% (1). *Tipo de trombosis:* venosa 100% (6) (2TVP, 1TEP+TVP, 2 trombosis de senos venosos y 1 trombosis intracardiaca). *Diagnóstico:* Clínico, analítico (coagulopatía) y alteración iconográfica [eco-doppler 50% (3), angioRMN-cerebral 33,3% (2), angioTAC-pulmonar 16,6% (1), ecocardiografía 16,6% (1)]. *Hallazgo de trombofilia:* 33,3% (2): anticoagulante lúpico positivo y mutación

gen protrombina G-20210A. *Tratamiento:* reposo 100% (6), medias de compresión 33,3% (2), anticoagulación 50% (3), antiagregación (AAS) 16,6% (1), productos específicos 33,3% [2 pacientes: Factor VIII en un caso y transfusiones de plasma/concentrado hematíes en otro]. *Éxitus:* 16,7% (1), paciente afecto de LLA de alto riesgo con mutación del gen protrombina G-20210A.

Conclusiones. La etiopatogenia de las trombosis pediátricas es diversa. La agrupación de varios factores favorecedores asociados o no a enfermedades graves conforma su principal causa. Dada la severidad del cuadro y el mal pronóstico que asocia creemos fundamental conocer estas características, optimizando su manejo y estableciendo protocolos preventivos y terapéuticos de estos eventos.

DE LA NUTRICIÓN Y LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS A LAS ENFERMEDADES RARAS DEL NIÑO: ESTRATEGIAS DE LA PEDIATRÍA CASTELLANO Y LEONESA (1950-1965). *Velasco Morgado R, Fernández Provencio V, Mombiedro Arizmendi MC. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. La transición epidemiológica y la evolución propia de la Pediatría como disciplina académica permitieron que, durante el segundo tercio del siglo XX, la especialidad superara su preocupación inicial casi exclusiva por las enfermedades infecciosas y la nutrición del lactante y comenzara a asumir otros procesos morbosos más raros. En la presente comunicación estudiamos este proceso en la región castellano y leonesa durante las décadas centrales del siglo, centrándonos en la cátedra de Salamanca como su exponente principal.

Material. Se utilizaron el Archivo Ernesto Sánchez-Villares, los trabajos publicados por el equipo durante el período de estudio y los testimonios orales y escritos de alumnos, doctorandos y colaboradores que trabajaron en la cátedra aquellos años.

Resultados. En 1960, la sala de hospitalización de la cátedra de Pediatría de Salamanca, cuyo responsable era el profesor adjunto Ernesto Sánchez-Villares, era, a decir de algunos testigos, "una verdadera colección de sellos raros". Los escasos recursos que proporcionaban los servicios centrales del hospital fueron superados instalando un laboratorio propio dirigido por el analista Delfín Pérez Sandoval. La creación de un *Instituto de Investigaciones Clínicas* dependiente de la Diputación en 1955 aumentó aún más las capacidades diagnósticas del grupo gracias a los recursos de las secciones de Bioquímica y Hematología. En este sentido se hicieron diagnósticos de raros errores congénitos del metabolismo (como una oligofrenia fenilpirúvica), y de entidades hematológicas raras, como las hemoglobinopatías que se pudieron diagnosticar gracias a las técnicas aprendidas por uno de los doctorandos, Manuel Martín Esteban, en el servicio de Maurice Lust en Bélgica. Las relaciones del adjunto con otros grupos de investigación clínica ajenos a la Pediatría fueron claves, por ejemplo, para el diagnóstico de una familia con hemocromatosis (publicada junto a Carlos Jiménez Díaz) o para aportar nuevos datos bioquímicos al diagnóstico del síndrome de Hurler (publicado con el catedrático de Patología General, Alfonso Balcells Gorina). Finalmente, un proyecto sobre "malformaciones congénitas" introdujo los estudios cromosómicos y la Teratología entre los intereses del grupo, lo que fue posible gracias a la colaboración con la cátedra de Anatomía y a las conexiones que se establecieron con otros grupos extranjeros (Lamy en París, Franceschetti en Ginebra y Lenz en Hamburgo).

Conclusiones. Los recursos de la cátedra de Pediatría de Salamanca para amplificar su capacidad diagnóstica en el campo de las enfermedades raras se basaron en (1) la creación de un laboratorio propio, (2) la colaboración con otras disciplinas básicas y clínicas y (3) las estancias en el extranjero de alumnos y colaboradores.

Sábado 7 de noviembre - Sala de Cámara

Moderadores: Ignacio Pérez Candás y David Pérez Solís

¿POR QUÉ CONSULTAN LOS NIÑOS ASTURIANOS AL GASTROENTERÓLOGO PEDIÁTRICO? *Pascual Pérez AI, Fernández Morán M, Méndez Sánchez A, Díaz Martín JJ, Jiménez Treviño S, Bousoño García C, Moya Dionisio V, Aparicio Casares H. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Conocer las causas de derivación al gastroenterólogo pediátrico desde Atención Primaria (AP), las características epidemiológicas de dichos pacientes y el diagnóstico final alcanzado. Del mismo modo, saber a cuáles de ellos se les realizó algún tipo de técnica diagnóstica y cuáles precisaron tratamiento farmacológico y seguimiento posterior.

Material y métodos. Se revisaron las Historias Clínicas electrónicas de los niños que acudieron a consultas externas de Gastroenterología del nuevo HUCA en el último año. Se obtuvo el registro de pacientes a partir del Servicio de Citaciones de nuestro Hospital, utilizándose el programa informático SPSS para el análisis estadístico de los datos.

Resultados. Fueron revisadas 233 Historias Clínicas de niños, 126 varones (54,1%) y 107 mujeres (45,9%). Rango de edad comprendido entre 0 y 14 años. Mediana de edad: 5 años. Casi la mitad de los pacientes derivados eran menores de 3 años de edad (44,2%), tratándose sobre todo de pacientes entre los 12 y los 23 meses (15,9%). Se observó un segundo pico de asistencia a los 11 años (9,4%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: dolor abdominal (29,2%), fallo de medro (9,4%) y sospecha de enfermedad celíaca (7,7%). El diagnóstico definitivo más frecuentemente alcanzado fue el de estreñimiento funcional (12,9%). Un 88,4% precisó seguimiento posterior en consulta (206 niños). El 32,2% de los pacientes precisaron la instauración de tratamiento médico de algún tipo (75) y a 46 (19,7%) se les realizó alguna técnica específica de Gastroenterología (endoscopia, pHmetría...).

Conclusiones. La patología digestiva es una importante causa de derivación de pacientes desde AP al hospital, siendo especialmente relevante en lactantes y preescolares. La disponibilidad de técnicas diagnósticas permite un estudio más amplio de los pacientes que justifica la derivación de los mismos en muchos casos.

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL GASTROENTERÓLOGO INFANTIL. *Pascual Pérez AI, Fernández Morán M, Méndez Sánchez A, Díaz Martín JJ, Jiménez Treviño S, Bousoño García C, Aparicio Casares H, Rodríguez García L. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Revisar el diagnóstico final de los niños derivados por dolor abdominal a la consulta de Digestivo infantil del HUCA en el último año.

Material y métodos. Se analizaron las Historias Clínicas electrónicas de los niños derivados a Digestivo infantil del HUCA por dolor abdominal en el último año. La obtención de datos se llevó a cabo a través del Sistema de Citaciones de nuestro Hospital y el análisis estadístico con el programa informático SPSS. Para la categorización de los diferentes cuadros de dolor abdominal funcional (DAF) se siguieron los criterios de Roma III.

Resultados. Se revisaron 68 Historias Clínicas. Uno de cada 5 pacientes atendido por dolor abdominal (20,6% de las consultas) tenía 11 años. No se observaron diferencia en cuanto al sexo. El diagnóstico más frecuente tras la primera consulta fue DAF (20,6%) seguido por estreñimiento (13,2%). En cuanto a los subtipos de dolor funcional: DAF

14,7%, Dispepsia 2,9%, Migraña abdominal 1,5% y Síndrome de Intestino Irritable 1,5%. Casi la mitad de los pacientes (48,5%) requirieron tratamiento con fármacos, siendo los laxantes los más frecuentemente prescritos (19,1%). Solo 9 de los 15 pacientes con dolor epigástrico precisaron tratamiento con antiácidos. Un 30% requirió la realización de alguna técnica específica, siendo la gastroscopia la más frecuentemente indicada. Un 27,9% tenía un proceso orgánico como causa de su dolor (Parasitosis, Gastritis por *H. pylori*, ERGE, alergia a proteínas de leche de vaca, Crohn ...).

Conclusiones. El dolor abdominal es una causa frecuente de consultas, sobre todo en niños en edad prepuberal. A pesar de que la gran mayoría de los casos corresponden a trastornos funcionales, un importante porcentaje puede deberse a patología orgánica, lo que debe ser tenido en cuenta al valorar a estos pacientes

HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA: AJUSTE A LAS RECOMENDACIONES DEL ÚLTIMO CONSENSO ESPAÑOL. *Huidobro Fernández B¹, Rodríguez Dehli AC², Isolina Riaño Galán P. ¹S. Pediatría. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres. ²S. Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés.*

Introducción. La hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFH) es un trastorno de herencia autosómica dominante relativamente frecuente (prevalencia 1:200-500) con importante morbi-mortalidad. El diagnóstico precoz permite establecer medidas terapéuticas (dietéticas y farmacológicas) y disminuir el riesgo cardiovascular hasta aproximarlos al de la población general. Sin embargo, es una entidad infradiagnosticada y, aunque el tratamiento farmacológico con estatinas se ha demostrado eficaz y seguro a corto plazo, su seguridad a largo plazo aún no ha sido establecida, lo que condiciona su uso en Pediatría.

Objetivos. Analizar las características de una serie de pacientes con HFH: edad y perfil lipídico al diagnóstico, tratamiento farmacológico y edad de inicio y evaluar si cumplen los objetivos terapéuticos propuestos en el documento de consenso español publicado en 2015 (LDL < 130 y < 160 en los que no presentan otro factor de riesgo cardiovascular).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes en seguimiento por HFH en dos hospitales comarcales.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 10 pacientes (3 niñas) con diagnóstico molecular confirmado de HFH. La edad media en la primera consulta fue 5,6 años (rango 2,6-9,5) y el análisis inicial se realizó por la existencia de antecedentes familiares de hipercolesterolemia excepto en dos casos. Solo 3 refirieron antecedentes conocidos de enfermedad cardiovascular precoz. El perfil lipídico inicial fue (media y rango): colesterol total 324 mg/dl (247-402), LDL 254 mg/dl (182-321), HDL 49 mg/dl (40-59), TG 89 mg/dl (26-174). La edad de inicio de tratamiento farmacológico fue 7,5 años en las resinas (8 pacientes), 10,7 años en el ezetimibe (4 pacientes) y 10,8 años en las estatinas (3 pacientes). En la actualidad 3 pacientes reciben resinas, 3 ezetimibe y 3 estatinas (aunque existía indicación para las estatinas en otros 3). Ningún paciente recibe tratamiento combinado. Un paciente no recibe tratamiento farmacológico. Ningún paciente de los tratados con estatinas ni ezetimibe presentó efectos secundarios. Solamente 3 pacientes alcanzaban los objetivos terapéuticos (1 recibía resinas, 1 ezetimibe, 1 estatinas).

Conclusiones. La edad de estudio de los pacientes así como la edad de inicio de las estatinas cumple con las recomendaciones del último consenso. Sin embargo, el uso de estatinas no se inició en todos los casos en los que estaba indicado y en la mayoría no se lograron los objetivos terapéuticos. Habría que plantearse la prescripción de estatinas cuando no se logren los objetivos terapéuticos, así como el empleo de estatinas de mayor potencia y la combinación de fármacos.

METABOLISMO DEL HIERRO EN ENFERMEDAD CELÍACA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO. *Orellana Castillejo N, Justo Vaquero P, Alonso Vicente C, Marugán de Miguelsanz JM, Tobar Mideros C, López Wilches M, Urbaneja Rodríguez E, Alonso T. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivo. Analizar la incidencia de ferropenia y anemia ferropénica al diagnóstico de la Enfermedad Celíaca y establecer la prevalencia de dichas alteraciones a lo largo del seguimiento.

Material y métodos. Se realiza un análisis retrospectivo de 90 pacientes diagnosticados de Enfermedad Celíaca en nuestro centro, revisando datos clínicos, analíticos, genéticos, histológicos y evolutivos.

Resultados. Se analizan 90 pacientes (35 varones y 55 mujeres) con una edad media al diagnóstico de 3 años y 9 meses, una mediana de 27 meses y un rango de 8 meses a 14 años y medio. La clínica más frecuente al diagnóstico fue el estancamiento ponderal (en un 55%) seguido de la diarrea (45,5%), distensión (20%) y dolor abdominal (11%). Siete de los pacientes fueron estudiados por presentar factores de riesgo (Diabetes tipo I o familiaridad de primer grado) y se encontraban asintomáticos. En cuanto al estudio HLA el 79% presentaba el heterodímero DQ2, un 6,7% DQ8 y un 4,4% ambos (DQ2+DQ8). Se realizó biopsia intestinal en el 65% de los pacientes, presentando el 47% alteraciones histológicas correspondientes a Marsh III y IV. El 100% presentaba serología positiva y un 61% cumplía los criterios de triple screening de la ESPGHAN. Durante el seguimiento un 90% mostró una buena adherencia a la dieta sin gluten y se detectó positivización de anticuerpos únicamente en un 6,6%. Al diagnóstico un 40% presentaba algún grado de ferropenia con una frecuencia prácticamente similar de hiposideremia. Se detectó microcitosis en el 19% y anemia en el 7,8% de los pacientes. Dos de ellos debutaron con anemia severa (con valores de Hemoglobina de 7,8 g/dl y 4,3 g/dl) precisando este último transfusión de concentrado de hemáties. Hemos realizado el seguimiento de 68 (75%) pacientes. Durante el seguimiento de los mismos se evidencia ferropenia en el 28% e hiposideremia en alrededor del 36%, microcitosis en el 19% y anemia ferropénica en el 3%.

Conclusión. El déficit de hierro en edad pediátrica es una entidad prevalente en nuestro medio, ocasionado en su mayoría por un escaso aporte en la dieta. Existen situaciones clínicas especiales, como en el caso de la Enfermedad Celíaca, en el que el déficit de hierro además se encuentra condicionado por un estado de malabsorción. Hemos observado una incidencia de ferropenia latente, manifiesta y de anemia ferropénica al diagnóstico de la Enfermedad Celíaca mayor que en la población general. Llama la atención la persistencia de estas alteraciones durante el seguimiento en pacientes teóricamente bien controlados.

UTILIDAD DE LA CIRUGÍA EN EL ESTREÑIMIENTO REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO. *Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM, Hernández Díaz C, Ruiz Hierro C, Chamorro Juárez MR, González Herrero M, Ardela Díaz E. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivo. Evaluar los resultados clínicos del tratamiento quirúrgico de pacientes con estreñimiento crónico incontrolable con tratamiento médico.

Material y métodos. Estudio descriptivo de pacientes con estreñimiento crónico severo tratados mediante miectomía anorrectal posterior (Técnica de Lynn). Se recogen los resultados de los últimos 15 años, con período de seguimiento postoperatorio mínimo de 1 año. Se incluyen pacientes con larga historia de estreñimiento, refractarios a tratamiento médico. Pruebas complementarias: enema opaco, manometría anorrectal y biopsias rectales. El resultado clínico de la técnica se clasifica según los siguientes criterios: Curación: >3 movimientos

intestinales por semana, sin incontinencia/encopresis y sin necesidad de tratamiento médico; Mejoría: >3 movimientos intestinales por semana, sin incontinencia/encopresis y con necesidad de laxante.

Resultados. Se realizaron 19 miectomías (edad media de 8,47 años). Tiempo medio de estreñimiento previo de 7,89 años. Los hallazgos en la anatomía patológica fueron: presencia de células ganglionares en 10, ausencia de células ganglionares en 4 y otras alteraciones en 5. Manometría en 6 pacientes, 4 presentaron reflejo inhibitorio anal. Cuatro pacientes se diagnosticaron de enfermedad de Hirschsprung (uno se curó con la miectomía, dos precisaron cirugía correctora y uno no acudió a revisiones). En los 15 restantes, cumplieron criterios de curación 8 pacientes (53,3%), 4 mejoraron (26,6%), 1 sin mejoría sigue tratamiento fisioterápico. Dos pacientes no continuaron las revisiones. No se registró incontinencia fecal ni otras complicaciones.

Conclusiones. La miectomía de Lynn es un procedimiento eficaz y seguro para los pacientes con estreñimiento crónico severo refractario al tratamiento médico. También resulta el tratamiento definitivo en la enfermedad de Hirschsprung de segmento ultracorto.

TRAUMA ABDOMINAL EN EL ÚLTIMO AÑO EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. SERIE DE CASOS.

López-Wilches M¹, Paz Paya E¹, Tobar MC¹, Orellana N¹, Molina ME², Aguilar R², Del Cañizo López A², Sánchez Abuín² A. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivo. El traumatismo abdominal es la principal causa evitable de muerte en el paciente pediátrico politraumatizado. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes ingresados por este motivo en nuestro hospital en el último año.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de los pacientes ingresados por traumatismo abdominal desde agosto de 2014 hasta agosto de 2015. Se describe mediante análisis crítico el manejo inicial y evolutivo de cada paciente junto con imágenes asociadas.

Resultados. Ingresaron 9 pacientes con este diagnóstico de los cuales 3 fueron politraumatismos. 4 presentaron trauma hepático, 2 con lesión esplénica, 2 con lesión intestinal y 1 lesión vesical. Uno de los 9 pacientes falleció en las primeras horas de ingreso. Se realizó intervención quirúrgica en 6 de los 9 pacientes siendo diferida en 4 de ellos. El manejo inicial fue por parte del 112 en 3 de ellos, 5 fueron derivados de otro centro y 1 asistió al servicio de urgencias.

Conclusiones. El traumatismo abdominal es una patología compleja que presenta un alto porcentaje de manejo quirúrgico. El mecanismo causal del trauma en todos nuestros casos fue cerrado, siendo lo más frecuente según la literatura. Es importante que el personal este entrenado para evitar errores en el manejo inicial y realizar un diagnóstico precoz.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS LINFANGIOMAS

CON OK-432. Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM, Hernández Díaz C, González Herrero M, Chamorro Juárez MR, Ruiz Hierro C, Arde-la Díaz E. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.

Objetivo. Describir cuáles han sido nuestros resultados en el tratamiento de los linfangiomas usando la infiltración de OK-432 (Picibanil®).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de linfangioma y subsidiarios de tratamiento con OK-432 desde Marzo de 2012. Los parámetros de estudio recogidos fueron: localización, tipo del linfangioma, tipo de intervención y número de intervenciones realizadas. Después del tratamiento se evaluó el resultado mediante exploración física y ecografía de control.

Se consideró evolución favorable tanto la resolución (ausencia de lesión en la exploración física/ecografía) como la reducción del linfangioma (disminución del tamaño > 50%).

Resultados. Se utilizó OK-432 para el tratamiento de linfangiomas en un total de 8 pacientes (rango de edad: 2 meses-6 años). La mayoría de los linfangiomas estaban presentes en la exploración física al nacimiento, confirmándose su diagnóstico con ecografía y, en algunos casos, con resonancia magnética. La localización más frecuente fue el área cervicofacial (75%) y el tipo predominante fue el macroquístico (62,5%). El OK-432 fue la primera elección en el tratamiento de 6 casos y se usó como rescate después de la cirugía en 2 pacientes. La media de intervenciones por paciente fue de 2 (1,5 en los tratados exclusivamente con OK-432). Ningún paciente a los que se infiltró inicialmente OK-432 precisó cirugía de rescate. Un 87,5% de los pacientes presentaron febrícula y síntomas inflamatorios locorregionales en las 24 horas posteriores a la infiltración. Se registró un episodio de disfgia leve una semana tras el tratamiento. En 5 casos se objetivó reducción y en 1 resolución completa de la lesión (evolución favorable en el 75%). No hubo respuesta al OK-432 en un paciente, sí respondiendo a la infiltración de bleomicina. Se perdió un paciente en el seguimiento.

Conclusiones. La infiltración de OK-432 es una opción eficaz para el tratamiento de los linfangiomas en niños de todas las edades, ya que ofrece muy buenos resultados con una mínima morbilidad. Se puede utilizar tanto como primera opción o como rescate tras la cirugía y no interfiere el uso posterior de otras alternativas terapéuticas.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO DE LOS HEMANGIOMAS INFANTILES A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS.

Manso Ruiz de la Cuesta R¹, Nieto González G², Gutiérrez Moreno M¹, Bartolomé Albístegui MJ¹, Hernández Frutos E¹, Valencia Ramos J¹, Bartolomé Cano M¹, Barbadillo Izquierdo F¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Dermatología. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos.

Introducción. La mayoría de los hemangiomas infantiles no precisan tratamiento ya que involucionan espontáneamente. Sin embargo un 10-15% deben ser tratados durante la fase proliferativa ya que pueden comprometer estructuras vitales, afectar a la función de ciertos órganos, ulcerarse o producir alteraciones estéticas de importancia.

Casos clínicos. Presentamos 3 casos con edades comprendidas entre el mes y medio y los dos meses y medio de vida. El primer paciente presentaba un hemangioma en mitad nasal de la mejilla derecha que deformaba el párpado inferior e interfería en el campo visual, habiendo presentado sangrado en 2 ocasiones. La segunda paciente un hemangioma occipital de 4x3,3 cm de rápido crecimiento que impedía el apoyo de dicha zona provocando deformidad craneal con aplanamiento de parietales y alopecia. Y la tercera paciente hemangioma segmentario superficial toraco-braquial de gran tamaño. La serie fue tratada con Propranolol a dosis de hasta 2-3 mg/kg/día de 6 a 12 meses. Observamos buena evolución de todos los pacientes tratados. No se registró ningún efecto secundario, ni ninguna complicación.

Conclusión. Es importante conocer las indicaciones de tratamiento de los hemangiomas ya que algunos pueden producir complicaciones importantes. Además el Propranolol un fármaco efectivo y con pocos efectos secundarios.

TORACOPLASTIA POR TÉCNICA DE ABRAMSON MODIFICADA PARA EL TRATAMIENTO DEL PECTUS CARINATUM.

Fernández García L, Oviedo Gutiérrez M, Barnes Marañón S, Molnar A, Lara Cárdenas DC, Gómez Farpón A, Vega Mata N, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. La toracoplastia anterior compresiva es una de las opciones terapéuticas junto a los tratamientos ortóticos y las técnicas quirúrgicas “abiertas” en el tratamiento de las deformidades anteriores del tórax. Describiremos esta técnica en lo que supone la primera serie europea comunicada.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las toroplastias por técnica de Abramson modificada para el tratamiento del pectus carinatum y protrusiones costales en nuestro servicio entre 2010 y 2012. Descripción de la técnica a partir de los cinco primeros casos completados de nuestra serie, cuatro varones y una mujer, con edades entre los trece y los diecinueve años.

Resultados. La técnica se completó en los cinco casos sin complicaciones intra o perioperatorias y con resultados satisfactorios tanto para los pacientes como para el equipo quirúrgico. El tiempo operatorio medio ha sido de 190 minutos y el alta hospitalaria ha oscilado entre los tres y los seis días tras la intervención.

Conclusiones. Consideramos que la toracoplastia anterior compresiva para la corrección del pectus carinatum y deformidades afines que resulta particularmente útil en los casos en que la rigidez del tórax impide la adopción de tratamientos ortopédicos, en casos de no aceptación del tratamiento ortótico o cuando la cirugía convencional se considera demasiado agresiva.

SCREENING DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS MEDIANTE PULSIOXIMETRÍA: MODELO PIONERO DE IMPLANTACIÓN DENTRO DEL PLAN DE CUIDADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. Garrote Molpeceres R¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Pino Vázquez MA², González García H¹, Álvarez Guisasaola FJ¹, Fernández Santiago MJ³, Ortega Mediavilla MC². Servicios de ¹Pediatría, ²Neonatología y UCIP, ³Enfermería de la Maternidad. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Las cardiopatías congénitas constituyen una patología neonatal grave, con alto índice de mortalidad y secuelas. Su incidencia es de 4-12 casos/1.000 RN vivos, siendo un 25% cardiopatías congénitas críticas (CCC), con peor pronóstico y difícil diagnóstico. En las CCC el gasto cardiaco depende del flujo sanguíneo a través del ductus arterioso, precisando cirugía correctiva o intervencionismo el primer mes de vida. El desarrollo e implementación de técnicas de screening que mejoren su diagnóstico precoz es objeto de estudio a nivel internacional, surgiendo la pulsioximetría como técnica válida para detectar CCC, hipertensión pulmonar e infecciones neonatales.

Objetivos. Valorar la tasa de detección de CCC por pulsioximetría determinando la saturación de O₂ pre/postductal (SatO₂) y el índice de perfusión (IP).

Material y métodos. Análisis prospectivo de CCC diagnosticadas con pulsioximetría en RN a término sanos nacidos del 01/06/2013 al 31/12/2014. La determinación se efectuó entre las 24-48 h de vida según el protocolo de la Asociación Americana Pediátrica, midiendo SatO₂ preductal (mano derecha) y postductal (pie derecho), añadiendo el estudio del IP. Valores de normalidad: Sat O₂ ≥95% e IP ≥0,7 y diferencia de SatO₂ <3% entre miembros. Niños con screening positivo fueron reevaluados clínicamente, solicitando una ecocardiografía para confirmar o excluir la sospecha de CCC.

Resultados. Incidencia global de CCC diagnosticadas por cualquier medio (ecografías prenatales, exploración física o pulsioximetría): 4 casos/1.000 partos/año. De 1.862 nacidos cumplieron criterios para efectuar el screening 1.600 (85,93%). Tiempo medio de realización: 5 min. Registramos: 3 (0,18%) casos positivos, 41 (2,5%) dudosos y 1.556 (97,25%) negativos. Resultados positivos (todos con alteración de SatO₂ e IP): 2 casos de hipertensión pulmonar y 1 caso de truncus arterioso sin

diagnóstico prenatal. Todos los casos “dudosos” fueron negativos tras la 2ª determinación (65,85% alteraciones en SatO₂ y 34,15% en IP tras 1ª determinación). No se detectaron falsos positivos ni falsos negativos. La técnica presentó VPP y VPN del 100%.

Conclusiones. El screening de CCC es una técnica objetiva, indolora, segura, coste-efectiva, no sobrecarga el trabajo de enfermería, complementa al diagnóstico prenatal y la exploración física, con excelentes sensibilidad, especificidad, VPP y VPN; por ello desde 2014 se implementó de forma pionera en Castilla y León dentro del Programa de Cuidados Neonatales del H.C. Universitario de Valladolid, siendo uno de los primeros hospitales en realizarlo a nivel nacional.

Sábado 7 de noviembre - Sala 5

Moderadores: Cristina Molinos Normiella y Juan Mayordomo Colunga

¿ES ÚTIL Y VIABLE EL USO DE SISTEMAS DE CPAP EN EL SERVICIO DE URGENCIAS? López Torija I, Mínguez Rodríguez B, Ramajo Polo A, Sánchez Granados JM, Murga Herrera V, Serrano Ayesterán O, González Salas E. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La insuficiencia respiratoria aguda es una patología que ocasiona numerosas visitas al servicio de urgencias, derivando en muchas ocasiones en ingresos, incluso en unidades de cuidados intensivos. Al tratamiento convencional, en los últimos años se han ido sumando distintos tipos de soporte respiratorio cuya aplicación en los Servicios de Urgencias, es relativamente sencilla con un mínimo de aprendizaje.

Material y método. Se realiza estudio prospectivo en una cohorte de pacientes atendidos por patología respiratoria aguda grave, en Urgencias Pediátricas del Hospital de Salamanca, entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de septiembre de 2015. El criterio de gravedad viene definido por las Escalas Clínicas de Wood-Downes-Ferres y el Pulmonary Score. Se incluye en el estudio aquellos pacientes en lo que se utilizó para su estabilización y/o transporte la CPAP de Boussignac (Vygonâ). Las variables clínicas que se registraron fueron: frecuencias cardiaca y respiratoria al inicio de tratamiento y tras la primera hora. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS 15.0 utilizando el test de Wilcoxon para la comparación de variables clínicas.

Resultados. En los meses del estudio se atendieron un total de 116 pacientes con insuficiencia respiratoria grave que requirieron posteriormente ingreso en unidades de intensivos. En un total de 10 pacientes se utilizó para su estabilización y, posterior transporte la CPAP como soporte respiratorio. La media de edad fue de 5,8 años. Las patologías fueron: 1 caso de apnea en prematuro de bajo peso al nacer, 5 casos de asma, 2 neumonías y 2 bronquiolitis. En ningún caso se produjo fracaso por mal acoplamiento. Tras su inicio, se objetiva una disminución de la frecuencia cardiaca y de la respiratoria de forma significativa (p<0,01). La media de duración de la terapia en urgencias fue de 1,8 horas. En CPAP se utilizaron presiones con un rango 4-6 cmH₂O y FiO₂ variables. El transporte a intensivos se realizó sin complicaciones, siendo posible en uno de los casos ingresar al niño en una planta convencional.

Conclusiones. En casos de insuficiencia respiratoria aguda grave, el uso de CPAP en los Servicios de Urgencias puede resultar viable y eficaz en la estabilización de dichos pacientes. El uso de este soporte respiratorio resulta fácil de aprender, no tienen un coste excesivo y puede permitir una mejoría de la situación clínica del paciente durante la estancia en Urgencias. Además favorece un transporte más seguro y eficaz a las unidades de cuidados intensivos.

UTILIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DURANTE EL TRANSPORTE PEDIÁTRICO MEDIANTE INTERFASE TIPO HELMET Y RESPIRADOR DE TRANSPORTE. *Del Villar Guerra P^{1,2}, Manso Ruiz de la Cuesta R¹, Bartolomé Cano M¹, Hernández Frutos E¹, Valencia Ramos J¹, Santamaría Marcos E¹, Bartolomé Albístegui MJ¹, Barbadillo Izquierdo F¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción y objetivos. El déficit de materiales y equipos adaptados a la población pediátrica incrementa las dificultades del transporte de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la eficacia y seguridad del transporte en CPAP generada con los respiradores de transporte de los que disponemos actualmente aplicada con la interfase tipo Helmet.

Métodos. Estudio prospectivo observacional de los pacientes trasladados en CPAP desde el Hospital Santos Reyes a las Unidades de Cuidados Intensivos de referencia durante el periodo 2013-2014. Se evaluaron los parámetros clínicos, cardiorrespiratorios, saturación transcutánea de oxígeno y FiO₂ necesaria así como las características de la estancia hospitalaria y necesidad de traslado a UCIP del paciente.

Resultados. Se trasladaron 18 pacientes en CPAP durante dicho periodo. De los cuales 11 eran varones (61%) y 7 mujeres (39%). La edad media fue de 11,74 meses (rango 0,1-108) y de peso fue 6,96 kg (rango 3,8-21). Fueron bronquiolitis el 66,7% (12 pacientes) y 27,8% (5 pacientes) afecto de broncoespasmo, uno se diagnosticó de gripe (5,5%). El 33% presentó positividad para el VRS. Los traslados se realizaron con Oxilog[®] 3000, salvo un paciente que se trasladó con ELISE[®] 150. La PEEP media utilizada fue 5,63 cmH₂O (rango 5-7). Durante el traslado no se observó ningún efecto adverso y ningún paciente fue intubado. Se observó una reducción de la escala clínica de gravedad, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, S/F, pCO₂ y un aumento de la saturación de oxígeno (p<0,001). Durante su estancia la UCI los pacientes continuaron con VMNI una media de 5,63 días (rango 1-38) con un estancia en dicha unidad de 8,25 días (media 3-38). El soporte respiratorio de los pacientes trasladados en la UCIP fue: 12,5% OAF; 37,5% CPAP; 50% BIPAP. Ningún paciente precisó ventilación convencional.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran que los traslados en modo CPAP con respirador de transporte e interfase tipo Helmet es un método eficaz y seguro en el transporte interhospitalario.

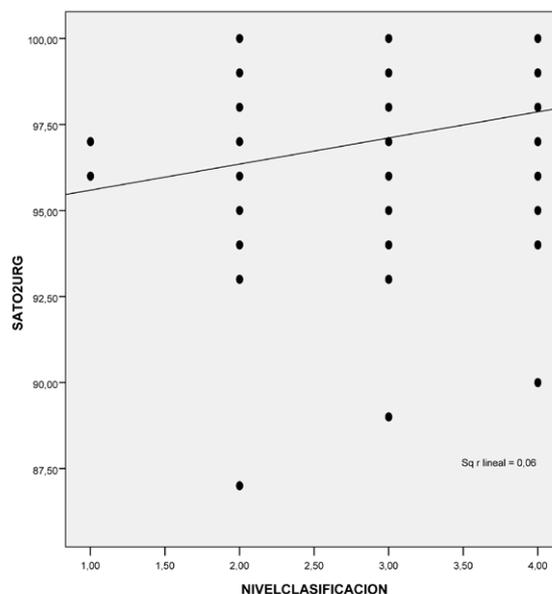
CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CLASIFICACIÓN Y EL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES MENORES DE 12 MESES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA. *Peña Sainz-Pardo E, Fernández Calderón L, López Fernández C, Pérez Gómez L, Sánchez Hernández I, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L.* Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Describir las características clínicas en la fase de recepción del sistema de clasificación de pacientes que acuden por dificultad respiratoria a la unidad de urgencias pediátricas. Valorar la correlación del nivel de clasificación, el valor de las constantes, la necesidad de observación/ingreso hospitalario y su duración.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 12 meses de edad clasificados en la unidad según su dificultad respiratoria y nivel de urgencia en el hospital de referencia de la comunidad entre diciembre de 2014 y febrero de 2015. Se recogieron datos de triaje, constantes vitales, pruebas complementarias, evolución posterior e ingreso. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Se seleccionaron 348 episodios urgentes de dificultad respiratoria. Media de edad: 4,76 (DE: 2,58) meses, mediana 5 meses.

Distribuidos en un 60,1% niños y 39,9% niñas. Se clasificaron el 96,8% de los episodios, de los cuales el 0,6% corresponde a un nivel 1, el 10,6% a un nivel 2, el 53,7% a un nivel 3, el 31,9% a un nivel 4 y un 0,0% a un nivel 5; un 3,2% de no fueron clasificados. Registradas las constantes a su llegada existe una correlación estadísticamente significativa (p < 0,05) entre el nivel de clasificación, la temperatura, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. Precisarón observación hospitalaria 91 episodios (26,1%), tiempo medio 88,23 (DE: 67,46) minutos, mediana 72 minutos. Existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de clasificación y el tiempo de ingreso.



Conclusiones. El nivel de triaje aplicado a un paciente que implica el grado de urgencia, se correlaciona con el valor de las constantes registradas, y por tanto se considera adecuado en su realización. También se asocia con el tiempo necesario de estancia en las unidades de observación/ingreso hospitalario. Una adecuada gestión del paciente en el proceso de clasificación ayuda de forma clara a prever cuáles serán sus necesidades de valoración, tratamiento y observación.

INDICADORES DE CALIDAD INTERNA EN LACTANTES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. *Fernández Calderón L, López Fernández C, Sánchez Hernández I, Peña Sainz-Pardo E, Pérez Gómez L, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L.* Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. 1) Describir la fase de acogida en el proceso de clasificación en lactantes que acuden por dificultad respiratoria. 2) Analizar el grado de cumplimiento de registro de actividad en dicha fase y durante el proceso de valoración urgente.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de episodios urgentes de dificultad respiratoria en menores de 12 meses valorados entre diciembre 2014 y febrero 2015 en la unidad de Urgencias Pediátricas. Excluidos pacientes con patología pulmonar crónica grave, malformación y/o enfermedad cardiovascular. Clasificados según sexo, edad. Analizados datos de: motivo de consulta y nivel de clasificación, temperatura, FR, FC, saturación de oxígeno, Score de gravedad y necesidad ingreso/observación. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Seleccionados 348 episodios correspondientes a 272 pacientes. El 57,4% fueron niños, 42,4% niñas. Edad media 4,67 (DE: 2,63). Proceso acogida en triaje: 1) registro en admisión, 2) valoración en clasificación: triángulo evaluación pediátrica, anamnesis y toma de constantes. Fueron clasificados el 96,8% (nivel 1: 0,6%, nivel 2: 10,6%, nivel 3: 53,7% y nivel 4: 31,9%). Registrado motivo de consulta en el 99,4% siendo los más frecuentes dificultad respiratoria 40,8% y tos 24,1%. Registro de constantes en fase acogida: temperatura 96,83%, frecuencia cardiaca 73,85%, frecuencia respiratoria 37,93%, saturación de O₂ 92,81%. Calculado score de gravedad en el 21,55%. Tras realizar tratamiento adecuado en urgencias precisan observación/ingreso hospitalario el 26,2%. El 18,4% de los episodios presenta una visita previa 72 horas anteriores, con tasa ingreso de 25%.

Conclusiones. La utilización de protocolos de recepción y/o acogida de pacientes mediante sistemas de clasificación permite definir el nivel de urgencia de cada paciente. Una vez estabilizado el paciente, se debe garantizar el registro de datos mínimos que permitan una valoración y tratamiento adecuado. Es necesario medir y anotar en la historia clínica el score de gravedad en dificultad respiratoria de los pacientes, siendo el indicador de calidad óptimo del 100%.

MANEJO DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. *Siguero de la Infanta S, Carranza Ferrer J, Justo Vaquero P, Izquierdo Herrero E, Marcos Temprano M, Tobar Mideros MC, Moreno Carrasco JL, González-Lamuño Sanchís C. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La elaboración de un documento de consenso que define los criterios diagnósticos de anafilaxia pone al descubierto una realidad ya sospechada: el aumento en la incidencia del número de casos en la población pediátrica debido a la gran variabilidad en los criterios clínicos de selección preexistentes que subdiagnosticaban aquellos casos que se presentaban con reacciones leves.

Objetivos. Describir las características clínicas, etiología y manejo de las reacciones anafilácticas en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los informes de Urgencias de pacientes diagnosticados de anafilaxia entre Febrero y Septiembre de 2015 según los criterios clínicos de la guía GALAXIA. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales de alergia, tratamiento administrado, determinación de triptasa sérica y seguimiento posterior por especialista.

Resultados. Se registraron un total de 7 casos de anafilaxia con discreto predominio en varones (57%). La mediana de edad fue 10 años, no detectándose ningún caso por debajo de los 8 años. En un 86% de los casos existían antecedentes personales de alergia, y un 71,5% mantenían revisiones periódicas en consulta de Alergología Infantil. El 57% de los pacientes habían sido instruidos en el uso de autoinyector de adrenalina; ninguno de ellos lo utilizó previamente a acudir a Urgencias. En aquellos casos en los que el agente causal pudo ser identificado los alimentos se postularon como alérgeno sospechoso más frecuente (100%). Los síntomas y signos presentes al diagnóstico fueron: afectación mucocutánea (100%), digestivos (57%), respiratorios (57%) y hemodinámicos (14%). No hubo éxitus. Se solicitó una única determinación sérica de triptasa en 2 pacientes, con valores en rango normal. Se pautó en todos los casos tratamiento con esteroides intravenosos, metilprednisolona (71%) e hidrocortisona (29%). La mediana de estancia en Urgencias fue 11 horas. Solo un caso precisó ingreso hospitalario. El 85% de los pacientes fueron remitidos de forma diferida al especialista, solo uno se interconsulta de forma urgente.

Conclusiones. La unificación de criterios en el diagnóstico de anafilaxia ha permitido la intervención terapéutica precoz en nuestro centro. Si

bien la hidrocortisona se perfila como el esteroide de primera elección en el manejo terapéutico, la metilprednisolona sigue siendo el esteroide más usado en nuestro medio. La determinación de triptasa sérica es la prueba de laboratorio más útil en el diagnóstico de anafilaxia. Sin embargo, una única determinación carece de valor, siendo necesaria su monitorización sérica durante las primeras 12-24 horas. Es preciso reforzar una intervención conductual que involucre a enfermo y familiares e incida en la importancia de la autoadministración de adrenalina inyectable.

EFICACIA DEL USO DEL GEL-LAT EN EL MANEJO DE HERIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HCUV. *Moreno Carrasco JL, Sigüero de la Infanta S, Carranza Ferrer J, Izquierdo Herrero E, Justo Vaquero P, Abad Arevalillo S, García Saseta P, Nieto Sánchez R. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El alivio del dolor continúa siendo un reto para los pediatras. La reparación de heridas y laceraciones traumáticas constituye una práctica clínica habitual donde el uso de lidocaína se ha postulado tradicionalmente como método estándar de anestesia tópica, infravalorando en muchos casos el dolor originado por su administración.

Objetivos. Demostrar la eficacia del uso de la fórmula magistral gel-LAT (Lidocaína 4%, Adrenalina 0,1% y Tetracaína 0,5%), no invasiva, para el manejo y alivio del dolor en la reparación de heridas simples.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes de entre 1 y 14 años de edad que acudieron a nuestro centro con heridas susceptibles de reparación mediante cirugía menor, entre los meses de Abril y Agosto de 2015. Se consideraron criterios de exclusión: nivel de conciencia alterado, localización mucosa o acra, heridas mayores de 8 cm o profundas y alergia conocida a algún componente. Registro de las siguientes variables: tipo de procedimiento, características de la herida (tamaño, localización, profundidad), tiempo de permanencia del gel, valoración del dolor (escala de Wong Baker en menores de 6 años; numérica en mayores de 6), efectos adversos y necesidad de inmovilización.

Resultados. Un total de 72 pacientes fueron registrados; 32 se descartaron por fallos iniciales en la metodología de recogida de datos. La mediana de edad fue 5 años. Se llevó a cabo sutura simple en el 72,5% de los casos. Las localizaciones más frecuentemente observadas fueron cara (52,5%) y cabeza (27,5%). El tamaño de la herida fue inferior a 3 cm en un 77,5% y en la mitad de ellas la dermis estaba afectada. Se administró medicación coadyuvante en el 12,5% de los casos (midazolam intranasal y mepivacaína tópica). El tiempo de permanencia del gel superó los 30 minutos en el 52,5% de pacientes. En un 7,5% hubo que repetir la dosis. En la valoración inicial del dolor, el 42,5% lo refirieron como leve, porcentaje que aumenta al 77,5% durante el procedimiento tras administrar gel-LAT. No se requirió inmovilización en el 57,5% de los casos ni se registraron efectos adversos.

Conclusiones. En nuestra experiencia, el gel LAT proporciona un grado de analgesia adecuada e indolora para la realización de procedimientos de cirugía menor. Será necesario establecer un tamaño muestral superior a fin de poder correlacionar las características morfológicas, anatómicas y topográficas de las lesiones con un mayor o menor grado de analgesia.

ADECUACIÓN DEL NIVEL DE CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. *López Fernández C, Fernández Calderón L, Sánchez Hernández I, Peña Sainz-Pardo E, Pérez Gómez L, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. Unidad de Urgencias de pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Analizar el nivel de clasificación de los pacientes que acuden a la unidad de urgencias pediátricas por traumatismo craneoencefálico. Correlacionar el nivel de clasificación con el manejo posterior del paciente.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes valorados en la unidad de urgencias de pediatría del hospital de referencia de la comunidad durante el mes de julio de 2014. Clasificados por sexo y edad. Recogidos datos de nivel de clasificación, motivo de consulta, pruebas complementarias de imagen y evolución posterior. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Episodios seleccionados 77, 61% varones, 39% mujeres. El 62,3% mayores de 24 meses, 18,2% entre 12 y 24 meses, 19,5% menores de 12 meses. Clasificadas 73 visitas (94,8%): 5,5% nivel 5, 67,1% nivel 4, 26,0% nivel 3, 1,4% nivel 2. Respecto al motivo de consulta, un 61% de los casos traumatismo craneoencefálico sin clínica acompañante; un 6,5% de los casos asociaba vómitos, un 2,6% pérdida de conciencia, y un 2% somnolencia. En el 27,8% de los casos clasificados con un nivel 3 se realizó radiografía craneal, el 14,3% de los casos nivel 4. Entre los casos clasificados con un nivel 5 (4 casos), en uno se realizó una radiografía craneal, que supone el 25%. Corresponde a un lactante de 3 meses sin clínica asociada en cuya radiografía se objetivó una dudosa línea de fractura por lo que permaneció en observación 24 h. Se considera un nivel de clasificación no adecuado al motivo de consulta para la edad del paciente. Se realizó TAC craneal en dos casos, en paciente de 4 meses que asociaba vómitos que se observó durante 24 horas, y otro de 133 meses que presentaba vómitos y pérdida de conciencia que estuvo ingresado 48 horas. Respecto a la necesidad de ingreso/observación, el 100% de los casos nivel 2 fueron ingresados, el 10,5% de los casos nivel 3, el 4,1% de los casos nivel 4, y 1 caso de los niveles 5.

Conclusiones. La realización y registro de un adecuado nivel de clasificación está relacionada con la probabilidad de realizar pruebas complementarias y la necesidad de observación del proceso en las unidades de urgencias. Es fundamental formar a todo el personal que realiza triaje para adecuar al máximo el nivel de clasificación de urgencia al paciente recibido, por edad y motivo de consulta.

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA VALORACIÓN URGENTE DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ENTRE EL AÑO 2010 Y 2014. Pérez Gómez L, Sánchez Hernández I, Fernández Calderón L, López Fernández C, Peña Sainz-Pardo E, Guerra Díez J.L, Cabero Pérez M.J, Álvarez Granda L. Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Describir las características clínicas de los pacientes que han acudido a la Urgencia Pediátrica por traumatismo craneoencefálico (TCE) en dos periodos de tiempo. Comparar su manejo urgente respecto a la realización de pruebas complementarias radiológicas.

Método. Estudio transversal comparativo descriptivo de pacientes valorados en la Urgencia Pediátrica del hospital de referencia de la comunidad durante el mes de julio del año 2010 y 2014 y que refieren han presentado un TCE. Clasificados por sexo, edad y motivo de consulta. Analizada la realización de pruebas complementarias radiológicas y evolución posterior. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Seleccionados 169 episodios urgentes; 92 pacientes en el año 2010 y 77 pacientes en el año 2014. Año 2010: edad media 41,63 (DE: 37,13). Año 2014: edad media 52,35 (DE: 44,80). En ambos años existe predominio de niños respecto a niñas y porcentaje de clínica acompañante similar: vómitos (2010: 13,6; 2014: 14,3%); pérdida conciencia (2,2; 3,9%); herida externa (14,5; 17,3%). La realización de radiografía de cráneo se redujo en un 1,4% en el año 2014 (del 18,5% en 2010 al 17,1%). Analizados los datos por grupos de edad y año

de atención, encontramos los siguientes porcentajes de realización de radiografía convencional.

	Año 2010 (%)	Año 2014 (%)	Diferencia
< 12 meses	40	40	0
12-24 meses	28,6	21,4	-7,2
> 24 meses	5,9	8,5	+2,6

Realizados 3 TAC en 2010 y 2 en 2014. Todos informados como sin hallazgos. En ningún caso se realizó previamente radiografía. Preciso observación en 2010 un 13%; 2014 el 9,1%.

Conclusiones. En nuestro medio se ha producido una reducción del porcentaje de radiología simple craneal especialmente en la franja de edad entre 1 y 2 años. Existe controversia en los diferentes protocolos y escalas de atención sobre la necesidad de radiología convencional en menores de 2 años y neurológicamente normales. La posibilidad de realizar observación en las áreas de urgencias permite garantizar la benignidad en la evolución del proceso que asocian criterios de riesgo de lesión intracraneal.

MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Tobar Mideros MC, Moreno Carrasco JL, Sigüero de la Infanta S, Izquierdo Herrero E, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, López Wilches M, Mombiedro Aritzemendi MC. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos. El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Existen diversas guías nacionales e internacionales que orientan en el manejo de estos pacientes, si bien no existe un consenso claro, fundamentalmente en el uso de pruebas complementarias. El objetivo de este trabajo es evaluar el manejo de los pacientes con esta patología en el Servicio de Urgencias en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital con diagnóstico de TCE, en el período comprendido entre febrero y agosto de 2015. La recogida de datos se realizó a partir de las historias clínicas de urgencias; las variables analizadas fueron: sexo, edad, clínica asociada, riesgo de lesión intracraneal (según el protocolo de la Asociación Española de Pediatría, AEP), realización de pruebas complementarias, necesidad de hospitalización u observación, y tiempo de estancia hospitalaria. El análisis de las variables se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20.

Resultados. Se analizaron las historias de 204 pacientes con TCE atendidos en el servicio de urgencias en el período especificado. El 61,8% corresponde a varones, con un 38,2% de mujeres. La mediana de edad fue de 3 años (Pc 25-75: 1-4 años). Como datos clínicos más relevantes, un 9,8% de los pacientes asociaba vómitos, un 5,9% pérdida de conocimiento, y un 27% cefalohematoma. La clasificación según riesgo de lesión intracraneal (LIC): riesgo bajo 75,5%, riesgo intermedio 22,5%, riesgo alto 2%. En el 16,2% de pacientes se realizó radiografía craneal, siendo el 72,7% menores de 2 años, y no objetivándose alteraciones en 93,9%. Se realizó TAC craneal en el 9,3% de los pacientes, resultando normal en el 57,9% de los mismos. El 18,6% de los pacientes se mantuvo en la Unidad de Observación y un 3,9% precisó ingreso hospitalario. La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 horas (Pc 25-75: 4-11 horas).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencia por un TCE presentan riesgo bajo de LIC, si bien es fun-

damental identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de LIC. Sería necesaria la elaboración de estudios más amplios para establecer un consenso en el manejo de estos pacientes, así como para optimizar el uso de pruebas complementarias.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO EN MENORES DE 2 AÑOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. *Tobar Mideros MC, Moreno Carrasco, JL, Siguero de la Infanta S, Izquierdo Herrero E, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, Paz Payá E, Bermúdez Hormigo I. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos. La indicación de las distintas pruebas de imagen en el traumatismo craneoencefálico (TCE) pediátrico, y en especial la radiografía de cráneo en menores de 2 años, es motivo de controversia. Si bien una fractura craneal se correlaciona con mayor riesgo de lesión intracraneal, la ausencia de fractura no descarta complicaciones intracraneales. Es por ello que cada vez hay más estudios que apuestan por la observación hospitalaria como alternativa eficaz para identificar las posibles complicaciones del TCE y evitar los efectos derivados de pruebas radiológicas. El objetivo de este trabajo es evaluar el uso de esta prueba radiológica en el manejo del TCE en menores de 2 años, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 2 años valorados en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital con diagnóstico de TCE, en el período comprendido entre febrero y agosto del 2015. La recogida de datos se realizó a partir de las historias clínicas de urgencias; las variables ana-

lizadas fueron: sexo, edad, riesgo de lesión intracraneal (LIC) (según el protocolo de la Asociación Española de Pediatría, AEP), realización de pruebas complementarias, necesidad de hospitalización u observación, y tiempo de estancia hospitalaria. El análisis de las variables se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20.

Resultados. Se analizaron las historias de 66 pacientes menores de 2 años atendidos en el servicio de urgencias en el período especificado (32,3% del total de pacientes pediátricos atendidos con diagnóstico de TCE). El 62,1% corresponde a varones, y un 37,9% mujeres. La media de edad fue de 12,3 meses. El 66,7% fueron catalogados de riesgo bajo de LIC, de los cuales se realizó Rx craneal en 18,2% resultando normal en todos ellos. El 30,3% fueron diagnosticados de riesgo intermedio II de LIC, realizándose Rx craneal en el 80% de los mismos. De dichos pacientes, solo en el 12,5% hubo sospecha de fractura, confirmada posteriormente por TAC en la mitad de los mismos. Finalmente, un 3% de los pacientes fueron catalogados de alto riesgo de LIC, con hallazgos patológicos en el TAC craneal en el 100% (hemorragia+fractura). El 33,8% de los pacientes menores de 2 años permaneció en la Unidad de Observación (9,1% riesgo bajo LIC, 24,2% riesgo intermedio LIC), con una mediana de estancia de 4 horas (Pc 25-75: 4-10 horas) y 4,5% requirió ingreso hospitalario (3% riesgo alto LIC, 1,5% riesgo intermedio LIC).

Conclusiones. En nuestro estudio, la totalidad de las Rx de cráneo realizadas a niños <2 años con TCE bajo riesgo de LIC fueron normales, así como un porcentaje muy elevado de las realizadas a niños con riesgo intermedio LIC. Se postula la observación clínica hospitalaria como alternativa a la realización de pruebas de imagen en los pacientes con TCE, siendo necesarios estudios más amplios que demuestren su eficacia.