

Comunicaciones Orales

VIERNES 10 DE ABRIL DE 2015

Sala A

*Moderadores: Santiago Lapeña López de Armentia,
Celia Rabanal Bodelón*

1. CO-INFECCIONES VIRALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. Cebey López M¹, Alonso Quintela P², Martínez Saenz de Jubera J³, Giménez Sánchez F⁴, Martínez Padilla MC⁵, Martínón-Torres F⁶, Red GENDRES (www.gendres.org). ¹Grupo de Investigación en Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría (GENVIP), Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. ²Servicio de Pediatría. Hospital de León. ³Servicio de Pediatría. Hospital Donostia, San Sebastián. ⁴Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Torrecárdenas, Almería. ⁵Complejo Hospitalario de Jaén. ⁶Pediatría Clínica, Infectológica y Traslacional, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos. La disponibilidad de técnicas de diagnóstico molecular, permite la identificación de los agentes patógenos que se escapan de las modalidades convencionales. Estas técnicas moleculares con frecuencia revelan la presencia de más de un microorganismo en las muestras. Sin embargo, la importancia de estas co-infecciones en la patogénesis, la gravedad o el curso de estas infecciones respiratorias no está bien establecida. El principal objetivo fue analizar los patrones y los fenotipos clínicos de la co-infección viral en pacientes pediátricos hospitalizados por infecciones respiratorias agudas.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, multicéntrico (red GENDRES) entre 2011-2013 en niños menores de 14 años hospitalizados debido a una infección respiratoria aguda. Además de los procedimientos de diagnóstico convencionales realizados en el hospital de referencia, se llevó a cabo una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en aspirados nasofaríngeos o hisopos para la detección de los virus influenza

(A y B), metapneumovirus, virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza (1-4), rinovirus, adenovirus (A-F), bocavirus y coronavirus (NL63, 229E, OC43).

Resultados. Se recogieron un total de 204 muestras nasofaríngeas. Las técnicas moleculares identificaron al menos un virus previamente no detectado en 71 casos (34,8%). El virus respiratorio sincitial (VRS) es el patógeno más frecuentemente encontrado (108 muestras, el 53,2%). En 91 muestras (44,6%) se detectaron múltiples virus (entre 2 y 4). Las co-infecciones fueron significativamente más frecuentes en los pacientes > 12 meses de edad. El patrón de co-infección detectado con mayor frecuencia fue el VRS-rinovirus en 23 pacientes (11,3%). No se identificó ninguna asociación significativa entre el patrón de co-infección y las manifestaciones clínicas.

Conclusiones. Las técnicas moleculares aumentan significativamente el rendimiento diagnóstico microbiológico, mejorando la identificación de los agentes etiológicos virales en los niños ingresados en el hospital con una enfermedad respiratoria. La presencia de más de un virus en estos pacientes es muy frecuente aunque la importancia clínica de este hallazgo no está clara.

2. LA INFLUENCIA DE LA VITAMINA D EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES (PROYECTO GEN-D-RES). Alonso Quintela P¹, Cebey López M², Naranjo Vivas D³, Giménez Sánchez F⁴, Martínez Padilla MC⁵, Martínón-Torres F⁶, Red GENDRES (www.gendres.org). ¹Servicio de Pediatría. Hospital de León. ²Grupo de Investigación en Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría (GENVIP), Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. ³Servicio de Pediatría. Hospital Quirón, Málaga. ⁴Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Torrecárdenas, Almería. ⁵Complejo Hospitalario de Jaén. ⁶Pediatría Clínica, Infectológica y Traslacional, Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos. La vitamina D tiene acciones

© 2015 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

moduladoras en el sistema inmune. Su influencia en las infecciones respiratorias agudas (IRA) y en la gravedad de las mismas no está clara. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar el papel de la vitamina D sobre las IRA virales en pacientes pediátricos y determinar su correlación con la severidad de la enfermedad.

Métodos. Reclutamiento prospectivo de pacientes pediátricos hospitalizados por IRA a través de la red GENDRES (www.gendres.org) entre 2009-2013. Los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D (25-OHD) se midieron mediante inmunoensayo. La gravedad de la enfermedad se evaluó de acuerdo a diferentes criterios, incluyendo escalas clínicas, duración de la hospitalización, oxígeno o soporte respiratorio durante el ingreso y el ingreso en la UCIP.

Resultados. Se incluyeron 347 pacientes con una edad media (desviación estándar) de 18,8 (29,3) meses y unos niveles medios de 25-OHD de 27,1 (11,3) ng/ml (valores normales = 30 - 40 ng/ml). Los niveles 25-OHD se asociaron inversamente con la gravedad de las IRA. Los pacientes con niveles de 25-OHD < 20 ng/ml tenían un riesgo mayor de tener signos graves de dificultad respiratoria [OR (95% CI): 5.065 (1.998, 12.842); P-value = 0.001] que los pacientes con valores normales de vitamina D. Los niveles séricos de 25-OHD se asociaron con necesidad de oxígeno y soporte respiratorio: pacientes con niveles de 25-OHD < 20 ng/ml tenían un 117% más de riesgo de necesitar oxigenoterapia y un 217% de riesgo adicional de requerir soporte respiratorio que aquellos pacientes con valores normales. Se encontró una asociación inversa entre los niveles de 25-OHD y la gravedad en las escalas evaluadas. Los niveles séricos de 25-OHD no influyeron en la proporción de ingreso en cuidados intensivos o en la estancia hospitalaria.

Conclusiones. Los niños ingresados en el hospital a causa de una IRA tienen niveles de vitamina D por debajo del rango normal y se correlaciona con importantes parámetros de gravedad. El papel de los niveles anormales de vitamina D, como factor promotor o consecuencia de la infección viral necesita más evaluación.

3. DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN EDAD PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRA COMUNIDAD. Cueli del Campo L, Alegría Echauri J, Alegría Echauri E, González Escartín E, Sancho Gutiérrez R, Cabero Pérez M.J, Pérez Belmonte E, Álvarez Granda L. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivos. El déficit de alfa-1-antitripsina (AAT) es una enfermedad infradiagnosticada con importantes repercusiones a partir de la tercera y cuarta década de la vida, en forma de enfermedad pulmonar obstructiva crónica precoz.

En edad pediátrica predomina la afectación hepática, siendo la espirometría y pruebas de imagen pulmonar normales. La severidad de la enfermedad recae fundamentalmente sobre dos factores: el grado de déficit de AAT y la asociación de tabaquismo. El objetivo de este estudio fue analizar la casuística de nuestra comunidad, atendiendo al fenotipo prevalente, edad al diagnóstico, motivo por el que se sospechó la enfermedad y afectación clínica.

Métodos. Pacientes diagnosticados de déficit de AAT en edad pediátrica en los últimos 10 años. Estudio descriptivo retrospectivo a través de la revisión de sus historias clínicas.

Resultados. En los últimos 10 años se diagnosticaron 12 casos de déficit de AAT en edad pediátrica, uno de los cuales tuvimos que eliminar del estudio por no encontrar datos suficientes (Tabla). De los restantes, 5 de los casos (45%) tenían déficit severo, con niveles medios de AAT al diagnóstico de 52 mg/dL (mínimo detectado 25 mg/dL), con fenotipo PiZZ en tres de ellos y SZ en los otros dos. El resto eran PiMZ, portadores de alelo deficiente, con niveles de AAT en límite bajo de la normalidad (99 mg/dL). La edad media al diagnóstico fue de 15 meses, con dos grupos bien diferenciados, el de diagnóstico en torno al primer mes de vida por colestasis neonatal (54%) y otro grupo de diagnóstico hacia los 3 años en contexto de hipertransaminasemia (27%) como hallazgo casual en analítica por otro motivo (asma, APLV, retraso ponderoestatural...). Un último caso se detectó dentro del estudio familiar por padre afecto de la enfermedad. Clínicamente, la inmensa mayoría permanecen asintomáticos y con normalidad de las pruebas de función hepática en sucesivos controles. Solo uno de ellos, con fenotipo ZZ, que debutó como colestasis neonatal, presenta hepatopatía por déficit de AAT, con hipertensión portal. La biopsia hepática realizada a los 8 meses de edad mostró intensa fibrosis.

Caso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fenotipo	ZZ	ZZ	MZ	MZ	SZ	SZ	MZ	MZ	SZ	MZ	MZ
Edad dco (meses)	1	1	2	2	2	48	2	36	48	2	24
Sospecha*	C	C	H	H	H	H	E	H	H	H	H
AAT (mg/dl)	25	61	132	119	53	36	124	73	86	79	71
Clínica	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No

*C: colestasis; H: hipertrans.; E: estudio fam.

Conclusiones. El déficit de AAT sigue siendo una entidad infradiagnosticada, retrasándose el diagnóstico hasta 7 años después de empezar la clínica respiratoria. En niños el diagnóstico es casual bien por colestasis neonatal o por hipertransaminasemia en analítica realizada por otros motivos. La afectación

hepática es la mayor amenaza para el paciente pediátrico, si bien su incidencia es pequeña incluso en déficits severos.

4. ENCUESTA DE LARINGOMALACIA: CONOCIMIENTO Y MANEJO PEDIÁTRICO. Valencia Ramos J¹, Mirás Veiga A¹, Del Blanco Gómez I¹, Gómez Sáez F¹, Oyagüez Ugidos P¹, Gutiérrez Moreno M¹, Navazo Eguía A², Alonso Álvarez ML³.
¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ²Otorrinolaringología, ³Neumología-Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción y objetivos. Una de las líneas de trabajo de nuestra UCI-Pediátrica (UCIP) es el manejo de patologías de la vía aérea. De las 66 exploraciones realizadas por estridor, 43 eran laringomalacias, de las cuales observamos que algunos casos graves habían sido infravalorados. La laringomalacia grave se puede beneficiar de la realización de fibroscopia, estudio con poligrafía respiratoria de las apneas y manejo con ventilación no invasiva (VNI). Hemos diseñado una encuesta con el objetivo de medir el grado de conocimientos de la laringomalacia así como su manejo en los distintos ámbitos sanitarios pediátricos

Métodos. Estudio transversal, descriptivo, de ámbito nacional, mediante encuesta on-line. Se incluyeron pediatras del área hospitalaria y atención primaria (AP). Se diseñó un cuestionario de 16 preguntas. Variables recogidas: filiación, conocimientos generales, diagnóstico y manejo multidisciplinar de laringomalacia.

Resultados. Se contestaron 233 encuestas, 86,6% eran licenciados especialistas (LE) en pediatría y 13,4% médicos internos residentes (MIR). El 43,1% procedían de AP y 56,9% de hospitales (14,7% Unidades Neonatales (UN), 14,7% Urgencias Pediátricas, 41,2% planta de hospitalización-consultas y 29,4% UCIP). La experiencia profesional de los LE era menor de 16 años en el 61,1%. De los encuestados el 50% había atendido de 1-5 casos y el 43,1% más de 5. En el manejo el 28,4% se basan en su experiencia profesional y el 25,8% según protocolo de su unidad. Ante un caso posible de laringomalacia el 54,1% mantiene actitud expectante, 18,6% envía a ORL y 15,6% a Neumología. De las 4 preguntas sobre conocimientos generales, respondieron correctamente >89% las 3 primeras, de carácter básico, y 57% la 4ª pregunta, más específica. El diagnóstico es valorado en la 5ª y 6ª pregunta, el 88,3% coinciden en que es clínico, y el conocimiento de las potenciales pruebas complementarias es del 67%. El 73,3% conocían las posibles comorbilidades (97,8% en la referida a las apneas). El 85,6% conoce que la VNI es útil en pacientes con laringomalacia grave.

Conclusiones. La encuesta recoge la formación sobre laringomalacia, siendo homogénea la muestra en cuanto al ámbito de trabajo y los años de experiencia laboral. El grado de cono-

cimiento general conceptual y diagnóstico es adecuado, existiendo disparidad en la actitud inicial a seguir. El conocimiento es menor en los conceptos más específicos que engloban a los casos de laringomalacia grave. Consideramos que estas últimas pueden beneficiarse de un manejo multidisciplinar en un centro con experiencia en ello.

5. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN ASTURIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. Segura D, Palacios ML, Gutiérrez S, Pérez B, Alonso MA, Rodríguez J. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos. La tuberculosis (TB) es una enfermedad con clínica larvada, multisistémica e inespecífica muchas veces. Nuestro objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas, métodos diagnósticos, terapéuticos y seguimiento de los pacientes pediátricos con infección o enfermedad tuberculosa.

Métodos. Estudio retrospectivo sobre el debut, tiempo hasta el diagnóstico, pruebas de imagen y microbiológicas, tratamiento, seguimiento y secuelas de los niños (0-14 años) diagnosticados de infección o enfermedad tuberculosa en nuestro hospital entre 2005 y 2014.

Resultados. Se encontraron 35 casos. La edad media al diagnóstico fue de $6,17 \pm 4,01$ años, 54,3% (19) fueron varones. La media de tiempo al diagnóstico fue de $17,03 \pm 18,4$ días. En 23/35 se identificó el contacto. El debut fue fiebre en el 65,7% (23/35) de los casos, tos en el 51,4%, síndrome general en el 42,9%, y adenopatías en 20%. Otros síntomas menos frecuentes: disnea, dolor costal o abdominal, alteraciones neurológicas y cutáneas. La radiografía de tórax fue realizada en 88,6% de los casos, siendo patológica en 23/35; la tomografía axial computarizada fue patológica en 10 de 35 niños (realizada en 14/35) y la ecografía cervical fue patológica en 14,3% de casos. Microbiología: prueba de tuberculina se realizó en 74,3% (26/35) de los casos, y fue positiva en 57,1% (20/35); el quantiferon realizado en 74,6% fue positivo en 51,4% (18/35); se realizó TB-Spot en 6 niños y fue positivo en 4. El aspirado gástrico (26/35), BK en esputo, y baciloscopia en líquido pleural y cefalorraquídeo, fueron negativos en todos los casos efectuados. Cultivo realizado en 85,7% (30/35) fue positivo en 28,6%; PCR para *Mycobacterium tuberculosis* fue positiva en 20%. 12 niños ingresaron en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. La forma más frecuente de TB fue la pulmonar (68,6%). Un 20% fueron formas extrapulmonares (TBEP) Hubo 4 casos de infección latente. Recibieron tratamiento con triple terapia el 60% (21/35), politerapia

el 25,7% (9/35) y monoterapia el 11,4% (4,35). El 17% de casos presentó secuelas, principalmente neurológicas. El 94,3% (33/35) de los pacientes fueron seguidos conjuntamente entre atención primaria y hospital.

Conclusiones. En nuestra serie la TB se presenta mayormente durante la edad pre-escolar y escolar, asociando clínica básicamente inespecífica (fiebre, tos, adenopatías y astenia). El diagnóstico descansa en la información clínico-epidemiológica, test microbiológicos, y pruebas de imagen. Son formas mayoritariamente pulmonares. La TBEP a nivel del sistema nervioso cursó con importantes secuelas neurológicas.

6. CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS PRODUCIDOS POR BRONQUIOLITIS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. Valladares Díaz AI, Jiménez Casso MS, González Terreros NA, Garrote Molpeceres R, García del Saz MN, Castrillo Bustamante S, Miryam Hortelano López M, Calleja López SD. *Hospital General de Segovia*.

Introducción y objetivos. La bronquiolitis (primer episodio de distrés respiratorio agudo con sibilancias en el menor de 2 años de edad) es una patología muy frecuente dentro del área pediátrica, originando gran parte de los ingresos hospitalarios de causa respiratoria. La mayoría de los pacientes desarrollan la enfermedad entre Octubre y Marzo (época epidémica). Se han descrito múltiples virus como agentes causantes de la enfermedad, siendo el VRS el agente infeccioso principal. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los lactantes con diagnóstico de bronquiolitis que precisaron hospitalización durante los años 2010-2014, así como la evolución respiratoria posterior que presentaron.

Métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, basado en la revisión de historias clínicas de 236 pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda. Se recogieron datos relativos a edad, sexo, edad gestacional y peso al nacimiento, mes de ingreso, AP y AF de interés, gravedad del episodio, tratamiento instaurado y necesidad de recibir cuidados intensivos. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS Statistics 17.0.

Resultados. 202 pacientes ingresaron entre Diciembre y Abril; 11 de ellos precisaron asistencia hospitalaria en Junio. El 60,2% del total fueron varones, y el 11% prematuros. Edad media: $4,9 \pm 4,6$ meses (51,3% menores de tres meses, 7,6% neonatos), edad gestacional $38,39 \pm 2,19$ semanas. El 72,9% tenían hermanos mayores, y en el 78% existía ambiente epidémico familiar. 18 casos presentaban patología de base; a 8 se les había administrado palivizumab. El motivo de ingreso más frecuente resultó ser distrés (81,4%), seguido de IVRS (9,75%). Un paciente debutó con un episodio aparentemente letal. La FC media al

ingreso $144,32 \pm 19,5$ lpm, y la FR $46,37 \pm 9,82$ rpm. La media del Score de Wood-Downes modificado $4 \pm 1,3$ puntos, siendo el 60,7% moderadas, 6,1% graves y 33,2% leves. 168 pacientes precisaron oxigenoterapia. El 18,2% reingresaron en algún momento con patología respiratoria y 21,7% desarrollaron broncoespasmos de repetición. 14 casos fueron trasladados a unidades de cuidados intensivos. El tiempo medio de ingreso resultó ser $4,95 \pm 2,45$ días, y en UCIP $9,75 \pm 5,65$ días. En el 80,1% fue positivo el antígeno nasofaríngeo VRS.

Conclusiones. La bronquiolitis es una patología típica de edad pediátrica, producida en su mayoría por el VRS. En nuestro hospital supone un 5,2% de los ingresos, observándose una hospitalización cada vez más temprana entre los pacientes afectados, así como un aumento en los ingresos anuales. Únicamente el 5,9% de nuestros casos precisaron cuidados intensivos.

7. GRIPE EN LACTANTES: NUESTRA EXPERIENCIA. Moro de Faes G¹, Gálvez Criado R¹, Reguera Bernardino J¹, López Blanco G¹, Muñoz Lozón A, Oulego Erroz I¹, Menéndez Arias C¹, Fernández Natal P². ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Microbiología. *Complejo Asistencial Universitario de León*.

Introducción y objetivos. Describir las características de los pacientes con gripe hospitalizados en nuestro centro, la presencia de coinfecciones, describir nuestro manejo práctico: pruebas complementarias, prescripción de antibióticos y analizar factores asociados a morbilidad: prescripción de antibióticos, estancia hospitalaria y duración de oxigenoterapia.

Métodos. Estudio retrospectivo, realizado en nuestro hospital, en pacientes ingresados < 14 años con Influenza + por inmunocromatografía (IC) y/o PCR, desde el 27/12/11 al 8/3/14. Se excluyeron: pacientes con patología crónica respiratoria, neurológica, cardiológica, renal o metabólica. Se analizaron variables: antropométricas, clínicas, pruebas realizadas, tratamientos y estancia hospitalaria. El análisis realizado fue descriptivo: media, mediana, n° total, porcentajes y analítico: Test exacto de Fisher, chi cuadrado, test no paramétricos (U de Mann-Whitney) y modelos de regresión.

Resultados. Ingresaron 27 pacientes, 2 fueron excluidos (mucopolisacaridosis, lisencefalia), 10 mujeres (40%) y 15 varones (60%), con edad media: 18,3 meses y mediana: 10,5 meses. La estancia media fue de 5 días (2-13). El 28% habían sido prematuros, la edad gestacional media fue de 37,17 semanas (24-41). El 96% presentaba fiebre, 28% dificultad respiratoria, la auscultación pulmonar fue normal en el 76%, en cuanto a los hallazgos más frecuentes fueron hipoventilación y sibilancias en un 16% en cada caso. Se realizó analítica sanguínea en 22 pacientes (88%) y radiografía de tórax en 10 (40%). En 14 pacientes

(56%) existió coinfección, lo más frecuente por VRS, no siendo estadísticamente significativa su relación con la estancia media ni con la prescripción de antibióticos. En cuanto a las complicaciones: 4 tuvieron convulsiones febriles, 3 neumonía radiológica, 2 otitis y 1 sobreinfección bacteriana. En 11 pacientes (44%) se pautó tratamiento antibiótico influenciada por la PCR ($p=0,043$). La PCR fue un predictor independiente de la prescripción de antibióticos. La PCR, PCT y alteración en la radiografía de tórax fueron predictores de la duración de la oxigenoterapia.

Conclusiones. La mayoría de los ingresos por gripe en nuestro medio suceden en niños sin patología crónica y casi un tercio eran prematuros. Hay un alto número de coinfecciones, que no parece asociarse a mayor morbilidad. Hay un gran empleo de pruebas complementarias (analíticas y radiografías de tórax). La prescripción de antibióticos es muy frecuente y parece influenciada por el valor de PCR pese a que la tasa de infección bacteriana demostrada es muy baja. Los RFA, especialmente la PCR parece ser un marcador de mayor gravedad (duración de oxigenoterapia).

8. EXPERIENCIA EN EL USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE SOPORTE EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL. Manso Ruiz de la Cuesta R¹, del Villar Guerra P^{1,2}, Bartolomé Cano M¹, Santamaría Marcos E¹, Bartolomé Albístegui MJ¹, Camina Gutiérrez A¹, Barbadillo Izquierdo F¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción y objetivos. En los últimos años ya hay experiencia en el uso de terapia de oxigenoterapia alto flujo (OAF) en unidades de cuidados intensivos (UCIP) y más recientemente en plantas de hospitalización de hospitales de tercer y segundo nivel. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia y seguridad del dicho sistema usado como soporte respiratorio en pacientes pediátricos ingresados por insuficiencia respiratoria aguda en planta de hospitalización de pediatría en un hospital comarcal.

Metodos. Estudio prospectivo observacional de los pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria aguda con diagnóstico de bronquiolitis y broncospasmo en la planta de pediatría y tratados con sistema de alto flujo (calefactor, tubuladuras y gafas nasales) durante el periodo comprendido entre julio de 2013 a diciembre de 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 incluyeron a 32 pacientes en el estudio, de

los cuales 21 eran varones (65,6%) y 11 mujeres (34,4%). Fueron bronquiolitis el 37,5% (12 pacientes) y 62,5% (20 pacientes) afecto de broncoespasmo. El 34,4% de ellos fueron VRS positivos (11 pacientes: 4 bronquiolitis y 7 broncoespasmo). La edad media fue de $23,1 \pm 11$ meses. La mediana de la estancia en planta fue de 3 días (rango 1-9 días). La duración del tratamiento fue de 24 horas (rango 2-120 horas). Se observó una reducción de la escala clínica de gravedad, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno a las 3 horas de OAF ($p<0,01$). Se analizó también el cociente saturación de oxígeno y FiO₂ previo OAF y con OAF ($409,3 \pm 54,7$ vs $350,3 \pm 85,2$, $p<0,01$). Durante el tratamiento respiratorio no se observó ningún efecto adverso. Requirieron traslado a UCIP 9 pacientes (28,1%) y su estancia fue 4,5 días (rango 2-7 días). Todos los traslados fueron realizados en UVI móvil con ventilación mecánica no invasiva. Se obtuvieron datos del soporte respiratorio requerido en la UCIP en 6 pacientes (2 OAF, 2 un nivel de presión, 2 dos niveles de presión).

Conclusiones. Nuestros resultados muestran que la OAF es un método eficaz y bien tolerado en insuficiencia respiratoria aguda moderada en la planta de hospitalización, evitando en muchos casos la progresión a insuficiencia respiratoria grave disminuyendo el número de ingresos en UCIP.

9. ANÁLISIS DE LOS INGRESOS Y TRASLADOS REALIZADOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERÍODO 2012-2014. del Villar Guerra P^{1,2}, Manso Ruiz de la Cuesta R¹, Bartolomé Cano M¹, Santamaría Marcos E¹, Bartolomé Albístegui MJ¹, Camina Gutiérrez A¹, Barbadillo Izquierdo F¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción y objetivos. La estancia en la planta de hospitalización y el transporte interhospitalario de los adultos y de los niños es claramente diferente. La necesidad de un material y utillaje distintos, así como un manejo especial de nuestros pacientes, ponen de manifiesto que las plantas de pediatría y las unidades de traslado específicamente pediátricas, pueden ofrecer una asistencia más especializada. El objetivo de este estudio es analizar los ingresos y los traslados interhospitalarios en pacientes pediátricos por insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio observacional transversal de los pacientes ingresados por IRA en la planta de pediatría durante el periodo 2012-2014. Se analizaron las estancias y los traslados interhospitalarios. Se realizó un análisis de nuestra muestra de pacientes en 2 periodos, el primero 2012-junio 2013, periodo en el que se

carecía del sistema de oxigenoterapia de alto flujo sistema (OAF) y el segundo julio 2013-2014 período en el que se implantó OAF en la planta de hospitalización.

Resultados. Se incluyeron a 295 pacientes en el estudio por IRA, de los cuales 154 fueron bronquiolitis (52,2%) y 141 broncoespasmo (47,8%). En el año 2012 requirieron ingreso hospitalario por insuficiencia respiratoria aguda 94 pacientes (31,9%), por bronquiolitis fueron el 63,8% de los pacientes (60 casos) y el 36,2% por broncoespasmo (34 casos) y precisaron traslado a UCIP el 17% (16 pacientes); en el año 2013 ingresaron 101 pacientes (34,2%) por bronquiolitis el 48,5% (49 casos) y el 51,5% por broncoespasmo (52 casos) y fueron trasladados a UCIP el 12% (12 pacientes) y en el año 2014 precisaron ingreso 100 pacientes (33,9%), por bronquiolitis el 45% de los pacientes (45 casos) y el 55% por broncoespasmo (55 casos) y se trasladaron a UCIP el 11% (11 pacientes). En el período 2012-junio2013 requirieron ingreso hospitalario 150 pacientes (50,8%), el 58,7% de los pacientes (88 casos) fueron por bronquiolitis y el 41,3% por broncoespasmo (62 casos), se trasladaron a UCIP el 15,3% (23 pacientes). En el período julio2013-2014 ingresaron 145 pacientes (49,2%), por bronquiolitis el 45,5% de los pacientes (66 casos) y el 54,5% por broncoespasmo (79 casos), se trasladaron a UCIP el 11% (16 pacientes) ($p=0,3$). Durante este período el 22% de los pacientes usaron como soporte respiratorio OAF.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran una reducción del porcentaje de los traslados interhospitalarios clínicamente relevantes en los pacientes con IRA, con el consiguiente ahorro de recursos y el impacto económico que acarrearán estas situaciones, de ahí la relevancia de este estudio.

10. NEUMOMEDIASTINO EN LA UCI PEDIÁTRICA; REVISIÓN DE UN PERÍODO DE 15 AÑOS. González García LG, Medina Villanueva A, Rey Galán C, Díaz Simal L, Díaz Zabala M, Vivanco Allende A, Mayordomo Colunga J, Concha Torre A. *UCI pediátrica. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción y objetivos. Revisar la etiología, tratamiento y evolución de los casos de neumomediastino ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de nuestro Hospital en los últimos 15 años.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de las historias clínicas de los casos codificados como neumomediastino en el informe de alta. Protocolo de recogida de datos y análisis estadístico descriptivo.

Resultados. Serie de 21 casos (10 varones), con una media de edad de 5,9 años. La duración media del ingreso en la UCIP fue de 6,38 días. Trece casos (61,9%) asociaban además fuga aérea

a otro nivel; 10 casos enfisema subcutáneo, 8 neumotórax (2 de ellos a tensión), 2 neumoperitoneo y un caso neumopericardio. En todos los casos pudo establecerse una causa probable de la etiología del neumomediastino; siendo en 10 casos secundario a crisis asmática asociada a infección respiratoria y en 4 casos secundario a traumatismos; dos accidentes de tráfico, un traumatismo torácico y un caso debido a maniobra de reanimación "boca a boca" realizada a un niño por su familia tras un primer episodio de crisis parcial compleja. En tres casos el neumomediastino fue secundario a intervención quirúrgica. En dos casos el neumomediastino se presentó asociado a neumonía (sepsis neumocócica y neumonía por *Clamidia* y *Mycoplasma pneumoniae*), y en otros dos casos fue secundario a drenaje de empiema en contexto de neumonía por neumococo. Recibió antibioterapia el 71% de los pacientes; siendo los antibióticos más utilizados las cefalosporinas de tercera generación (8 casos), la combinación amoxicilina-clavulánico (6 casos) y los macrólidos (5 casos). En el 100% de los casos se administró oxigenoterapia. Cinco pacientes (23,8%) precisaron ventilación no invasiva, con una media de 2,06 días de empleo. La ventilación mecánica invasiva (VMI) fue necesaria en cinco pacientes (23,8%), durante 8,8 días de media. Cinco pacientes tuvieron hipotensión que precisó apoyo inotrópico. Mortalidad en nuestra serie de 4,8% (un paciente) por sepsis neumocócica.

Conclusiones. El neumomediastino es una patología infrecuente en la edad pediátrica pero con una importante morbilidad asociada. La etiología y las características clínicas y evolutivas descritas en nuestra serie son similares a las de otras series descritas en la literatura.

VIERNES 10 DE ABRIL DE 2015
SALA B

Moderadores: Leticia Castañón López,
M^a Concepción Medrano Martín

1. ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA EN UNA UCI-PEDIÁTRICA. Urquiza Físico JL¹, Gómez Sáez F¹, Mirás Veiga A¹, Martínez Díaz S¹, Hernández Díaz C², Ortega Escudero M², Ruiz Hierro C², Navazo Eguía A³. ¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ²Servicio de Cirugía Pediátrica, ³Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Burgos

Introducción. La aspiración de cuerpo extraño (CE) es una urgencia médica que puede representar una grave amenaza para la vida. La anamnesis establece la sospecha de aspiración y la broncoscopia es la técnica diagnóstica y terapéutica de elección.

Objetivo. Describir las características clínicas, diagnósticas

y terapéuticas en niños con sospecha de aspiración de CE y analizar la variabilidad en la clínica y manejo hospitalario en función del tipo de CE (orgánico/inorgánico).

Métodos. Estudio observacional retrospectivo, se recogen los pacientes ingresados en la UCI-Pediátrica del HUBU con sospecha de aspiración de CE, desde mayo de 2007 hasta diciembre de 2014.

Resultados. Se registraron 26 casos (16 hombres, 10 mujeres), mediana de edad: 1,89 años. Existía historia sugestiva de aspiración en el 92,3%. Mediana de 3 días desde la aspiración hasta la broncoscopia. Clínica más frecuente: tos (25/26) y dificultad respiratoria (21/26). Los CE más habituales fueron los orgánicos (76,9%). En todos se realizó prueba de imagen torácica (Radiografía: 23, TC:1, Ambas: 2), visualizándose CE en 8/26. Se visualizaron signos indirectos de CE en 9: hiperinsuflación (2/26), atelectasia (6/26), neumomediastino (1/26). Radiografía normal en 6/26. En todos se realizó broncoscopia: rígida 13/26, flexible 2/26, ambas 12. Se encontró CE en el 76,9%, localización más frecuente el bronquio principal derecho (10/26). Precisan soporte respiratorio el 88,4%: intubación 10/26, oxigenoterapia 9/26. Mediana de estancia hospitalaria: 2 días. La necesidad de realizar más de una broncoscopia fue superior en los casos de CE orgánico (57,9% vs 0%, $p=0,017$). La estancia hospitalaria fue superior en los casos de CE orgánicos frente a los inorgánicos ($4 \pm 3,21$ vs $1,83 \pm 1,6$, $p=0,034$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de CE y el desarrollo de fiebre.

Conclusiones. La aspiración de CE es una patología infrecuente pero grave, que precisa de soporte respiratorio e incluso intubación en varias ocasiones. La radiografía de tórax suele ser inespecífica o normal, siendo imprescindible la realización de una broncoscopia para confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento si se confirma la presencia del CE. Se precisan mayor número de broncoscopias y mayor estancia hospitalaria en los CE orgánicos.

2. CANALIZACIÓN DEL TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO MEDIANTE ABORDAJE SUPRACLAVICULAR GUIADO POR ECOGRAFÍA EN NEONATOS Y LACTANTES DE MENOS DE 5 KG. Domínguez Sánchez P¹, García Aparicio C¹, Oulego Erroz I¹, Alonso Quintela P¹, Rodríguez Blanco S¹, Jiménez González A¹, Rodríguez Núñez A². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos. La inserción de catéteres venosos centrales (CVCs) es una técnica difícil en neonatos y lactantes pequeños. La canalización guiada por ecografía puede aumentar la tasa de éxito y reducir las complicaciones. Sin embargo el

acceso más habitual de la yugular interna guiado por ecografía es técnicamente más difícil en neonatos y lactantes pequeños que a otras edades sin que se haya demostrado claramente su superioridad sobre otros abordajes. El objetivo de este estudio es ilustrar nuestra experiencia preliminar con una nueva técnica de canalización venosa central: el acceso supraclavicular del tronco braquiocefálico guiado por ecografía en neonatos y lactantes pequeños.

Métodos. Serie de casos de neonatos y lactantes con peso inferior a 5 kg y accesos vasculares difíciles en los que se ha intentado la canalización del tronco braquiocefálico (TBC) desde abordaje supraclavicular guiado por ecografía. La canalización se realizó bajo sedoanalgesia y condiciones estériles mediante técnica de Seldinger convencional utilizando CVCs de 3 y 4 French en función del tamaño del TBC. Se empleó una aguja introductora de 22G y guías rectas de 0,46 mm en todos los casos. Se utilizó un abordaje en plano del eje longitudinal del TBC desde la fosa supraclavicular con un transductor lineal de 12 Hz o microcóncavo de 8Hz. Todas las canalizaciones fueron realizadas por el mismo operador, un pediatra con experiencia previa en la canalización guiada por ecografía.

Resultados. Se incluyeron 6 pacientes. La mediana (rango) de peso y edad en el momento de la canalización fue de 2,1 kg (0,94-4,1) y 1,9 meses (0,6-4) respectivamente. Se consiguió la canalización en todos los pacientes sin complicaciones. Se requirieron 2 intentos en 2 de los pacientes mientras que en los restantes la canalización se logró en el primer intento. El tiempo de permanencia del CVC fue de 9 días (6-15 días) sin producirse infecciones asociadas al catéter.

Conclusiones. El acceso supraclavicular guiado por ecografía del TBC es una alternativa factible en neonatos y lactantes de < 5 kg y puede considerarse en caso de accesos vasculares difíciles. Son necesarios más estudios para definir el papel de este nuevo acceso en comparación con otros antes de su incorporación rutinaria en las técnicas de canalización venosa central.

3. ESTUDIOS DE VÍA AÉREA: EXPERIENCIA DESDE LA APERTURA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. Gómez Sáez F¹, Navazo Eguía A², Ruiz Hierro C³, Merino Arribas JM⁴, Mirás Veiga A¹, Del Blanco Gómez I¹, García González M¹, Gómez Sánchez E¹. ¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Otorrinolaringología; ³Servicio de Cirugía Pediátrica; ⁴Neumología Infantil, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción y objetivos. Desde el comienzo de la actividad de la UCI Pediátrica (UCIP) de Burgos el número de pacientes que han requerido estudio y tratamiento por patología de

vía aérea ha aumentado progresivamente. El enfoque de estos pacientes se realiza de forma multidisciplinar. El objetivo del presente estudio es describir la experiencia adquirida en nuestro centro en el estudio de vía aérea.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión sistemática de la historia clínica de todos los pacientes en los que se realizó una exploración de vía aérea en el Hospital General Yagüe y en el Hospital Universitario de Burgos, desde la apertura de la UCIP en Mayo de 2007, hasta Diciembre de 2014. Se recogieron datos de filiación, personal que realiza la exploración y características de la misma, lugar donde se realizó, indicaciones, hallazgos y relevancia clínica de la exploración. Se revisaron las características e incidencias de la sedación para la realización del procedimiento.

Resultados. Se realizaron 177 exploraciones en 140 pacientes (52% niños), con una mediana de edad de 10 meses. Un 36,7% de las exploraciones eran de pacientes derivados de otro centro. El 53,1% de los estudios se realizaron en pacientes ingresados en UCIP, el 46,9% fueron ambulatorias. Se hicieron 151 estudios con endoscopio flexible y 26 broncoscopias rígidas. Un 75,1% fueron diagnósticas y el resto diagnóstico-terapéuticas. El 16,9% se realizó por Cirugía Pediátrica, 26% Pediatría, 44,6% ORL y un 12,4% de forma conjunta entre ORL y Pediatría. Las indicaciones más frecuentes fueron estridor (32,8%), sospecha de aspiración de cuerpo extraño (19,2%), pausas de apnea (10,7%), atelectasia persistente (6,8%) y disfonía (5,6%). El hallazgo más frecuente fue laringomalacia (24,9%), seguido de exploración normal (16,9%), cuerpo extraño en vía aérea (14,7%) y edema aritenoides (9,6%). En un 78,5% el estudio fue relevante para establecer el diagnóstico. 145 estudios (81,9%) se realizaron bajo sedación en UCIP y 32 (18,1%) en quirófano con anestesia general. Los fármacos más frecuentemente utilizados en UCIP fueron fentanilo y propofol (68,5%) seguido de fentanilo y midazolam (11,4%). El tiempo medio de sedación fue de 15,16 minutos y del procedimiento 10,93 minutos. 47 pacientes recibieron soporte respiratorio con oxigenoterapia, 42 mediante ventilación no invasiva y 9 estaban intubados. Presentaron eventos respiratorios un 6,3% de las exploraciones, y se tuvo que suspender el procedimiento en un 2,8%.

Conclusiones. Los estudios de vía aérea constituyen una herramienta útil en el diagnóstico y manejo terapéutico de múltiples patologías en nuestro medio. El abordaje se realiza de forma multidisciplinar, permitiendo una valoración global de estos pacientes. La indicación más frecuente es el estridor, siendo la laringomalacia el hallazgo más habitual. Las exploraciones se realizan en la mayoría de casos bajo sedación en UCIP de forma segura.

4. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. Urbaneja Rodríguez E¹, Garrote Molpeceres R¹, Solís Sánchez P¹, González García H¹, Pino Vázquez MA¹, Álvarez Guisasaola FJ¹, Herreras Cantalapiedra JM², González Fuentes S³. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Oftalmología, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos. La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumatológica más frecuente en la infancia y una de las enfermedades crónicas más prevalentes en dicho período. El análisis de sus características en nuestra población pediátrica puede facilitar el conocimiento de esta entidad, favoreciendo una disminución en su demora diagnóstica y en las importantes repercusiones que puede producir en individuos afectados.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de AIJ seguidas en Unidad de Reumatología Pediátrica en últimos 10 años. Se utilizaron los criterios de la *International League of Associations for Rheumatology* (ILAR, Edmonton, 2001) para diagnóstico y clasificación en subgrupos de la enfermedad.

Resultados. Se registraron 32 casos de AIJ. Predominio de sexo femenino en 75% (24). Mediana de edad al debut de la enfermedad: 44,5 meses (rango 14-154). Mediana de edad actual: 129,5 meses (rango 23-238). Antecedentes familiares: Enfermedades autoinmunes 15,6% (5), enfermedades reumáticas 12,5% (4) y psoriasis 3% (1). Subgrupos de AIJ: Oligoartritis 69% (22), 20 formas persistentes y 2 extendidas; poliartritis 12,5% (4); sistémica 12,5% (4); artritis relacionada con entesitis 3% (1); y artritis psoriásica 3% (1). Positividad de anticuerpos antinucleares (ANA) en 47% (15), factor reumatoide en 6,3% (2) y HLA B27 en 9,4% (3). En 25% (8) se detectó afectación ocular en forma de uveítis, siendo en todos los casos oligoartritis precoces con ANA positivos. Tratamiento: Recibieron fármacos modificadores de la enfermedad (Metotrexato) 62,5% (20); fármacos biológicos (anti TNF- α : Etanercept y/o Adalimumab) 37,5% (12); y terapia combinada (Metotrexato + Biológico) 28% (9). Actualmente se encuentran en tratamiento con Metotrexato y/o anti TNF- α un 59,4% (19); corticoides intraarticulares 6,3% (2); corticoides orales en pauta descendente 3% (1), correspondiendo con forma sistémica de reciente debut; y sin medicación el 31,3% (10). Existe actividad actual de la enfermedad en 15,6% (5); encontrándose un 84,4% (27) asintomáticos.

Conclusiones: En nuestra serie de casos se encuentra un predominio de afectación en sexo femenino y de formas oligoarticulares. El porcentaje de uveítis es similar al aportado en otras publicaciones. A pesar de ser una enfermedad discapacitante, la mayoría de los casos evolucionan favorablemente gracias a terapias actuales.

5. REVISIÓN DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. Urbaneja Rodríguez E¹, Garrote Molpeceres R¹, Bermúdez Hormigo I¹, González García H¹, Pino Vázquez MA¹, Álvarez Guisasola FJ¹, Plata García M². ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Las infecciones osteoarticulares (IOA) tienen una prevalencia 10-25 casos/100.000 niños. El germen más frecuentemente implicado es *S. aureus*, seguido de *Kingella kingae* en niños de menor edad. Su manejo es controvertido: durante años se trataron con antibioterapia endovenosa prolongada y cirugía; pero en última década se ha empezado a defender un manejo más conservador, con disminución del tiempo de antibioterapia endovenosa y técnicas intervencionistas, ganando importancia la antibioterapia oral. Conocer las características de las IOA que ingresaron en nuestro centro y su evolución puede ayudarnos a valorar cuál es el manejo más adecuado de estas infecciones.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre IOA (artritis séptica, osteomielitis y osteoartritis) diagnosticadas y tratadas en nuestro hospital en últimos 5 años.

Resultados. Durante dicho período se registraron 8 OIA. Un 75% (6) correspondieron con osteomielitis agudas, un 12,5% (1) con osteomielitis subaguda y otro 12,5% (1) con osteoartritis. Afectación de miembros inferiores en 88% (7), sobre todo calcáneo y metáfisis de huesos largos. Un 50% (4) fueron varones. Mediana de edad al diagnóstico 95,5 meses (rango 33-131). Mediana de días desde inicio de síntomas hasta diagnóstico de 2,5 (rango 1-20). Antecedentes: infección respiratoria 38% (3), traumatismo 12,5% (1) e infección local 12,5% (1). Se registró fiebre en 75% (6). Promedio de PCR 85,2 mg/L y VSG 67,9 mm. Radiografía alterada en 25% (2). Se realizaron gammagrafía ósea en 88% (7), en todos los casos hipercaptante, y RM en 75% (6). Hemocultivo positivo para *S. aureus* en 50% (4). Mediana de días de antibioterapia endovenosa 12,5 (rango 0 -21), mediana de días de estancia hospitalaria de 15 (rango 3-21) y mediana de días de antibioterapia total, intravenosa+oral, de 30 (rango 28-30). Complicaciones en 38% (3): 3 infecciones de partes blandas y 1 caso de sepsis con CID. Se realizó algún tipo de técnica intervencionista en 25% (2).

Conclusiones. Como se describe en otras series, existe un predominio de osteomielitis, afectando sobre todo a miembros inferiores, con aumento de reactantes de fase aguda en todos los casos. En nuestro estudio se describe un rendimiento de hemocultivo del 50%, mayor que en otros trabajos; con antibioterapia endovenosa de semana y media; objetivándose la tendencia actual de disminución de duración del tratamiento y de maniobras intervencionistas.

6. ABSCESOS PERIAMIGDALINOS Y RETROFARÍNGEOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS. García González V, Barrio Traspederne E, Gómez González B, Álvarez Caro F, Fernández Martínez B, García Díaz MF, Calle Miguel L. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Introducción y objetivos. Los abscesos retro y periamigdalinos son las infecciones más frecuentes de los tejidos profundos de cabeza y cuello asociadas a una morbilidad significativa y a una potencial mortalidad. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y terapéuticas de esta patología en nuestro hospital.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de los niños entre 0 y 14 años ingresados en nuestro hospital, desde enero del 2001 hasta diciembre de 2014. Se analizaron parámetros epidemiológicos, clínicos y terapéuticos mediante el programa estadístico SPSS 20.0. Los resultados se expresan en media (desviación típica) o mediana (rango).

Resultados. Se estudiaron 50 casos, de los cuáles 39 fueron abscesos periamigdalinos, 10 retrofaríngeos y en un caso ambos. La edad media fue de 7,4 años (4,14), con predominio femenino (2,3:1). 24 niños habían recibido antibiótico previo, con una duración media de 5,1 días (3,37), siendo en el 83,3% de los casos un betalactámico. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: odinofagia (88%), fiebre (76%) y dolor cervical (16%). A la exploración destacaron la asimetría amigdalina (88%), hipertrofia amigdalina (80%), adenopatías cervicales (78%) y desplazamiento de úvula (28%). La mediana de duración de los síntomas previa al ingreso de 3 días (1-21). En relación a las pruebas complementarias se realiza TC en 14 casos, mientras que el estudio analítico mostraba de media 18.215 leucocitos (8.034,32) y 13.858 neutrófilos (6.872,75). La mediana de PCR fue 59 mg/L (5,4-346). Se recoge hemocultivo en 27 casos, siendo todos negativos. El cultivo de exudado faríngeo se practica en 19 casos, siendo positivo en 8. El cultivo del material purulento tras drenaje se practica en 18 casos, de los cuales 16 fueron positivos. La etiología permanece desconocida en el 52% de los casos, mientras que *Streptococcus pyogenes* fue el germen más frecuentemente implicado (24%). Todos los casos ingresaron con antibiótico intravenoso, predominantemente amoxicilina-clavulánico (74%), con una mediana de duración de 4 días (1-14). Otras modalidades terapéuticas incluyeron: corticoides intravenosos (78%), drenaje (60%), y cirugía (6%). La estancia hospitalaria fue de 4 días (1-16). Se observó recurrencia posterior en el 22% y un 14% se derivó al hospital de referencia.

Conclusiones. La mayoría de estos abscesos pueden manejarse en un hospital de nuestro nivel. El cultivo del material purulento ofrece una alta positividad, si bien se observa una discrepancia entre el drenaje y la solicitud de cultivos, por lo que habría que insistir en la recogida de muestras para dirigir el tratamiento antibiótico.

7. CREENCIAS Y PREJUICIOS EN ADOLESCENTES DE VALLADOLID. Liqueste Arauzo L¹, Rodríguez Molinero L³, Tríguez García M¹, Arenas García MP¹, Ugidos Gutiérrez MD², Martín Díez C². ¹Pediatras y ²enfermeras del CS Eras del Bosque (Palencia). ³Pediatra del CS Casa del Barco (Valladolid).

Introducción y objetivos. La formación de la personalidad del individuo se consolida en la adolescencia. En esta etapa las creencias, convicciones y prejuicios pueden llegar a ser el motor de un comportamiento adecuado o inadecuado con respecto a otros miembros de la sociedad. En este estudio se han recogido las convicciones de una muestra representativa de los adolescentes de Valladolid respecto a inmigración, homosexualidad e igualdad de la mujer.

Métodos. Estudio descriptivo transversal obtenido mediante encuestación de una muestra representativa de los 19868 adolescentes entre 13 y 18 años escolarizados en centros públicos y privados de Valladolid y provincia en el curso 2013-2014. La muestra necesaria estimada para una proporción del 50%, un intervalo de confianza del 95.5% y una probabilidad de error del 5% es de 398. Se recogieron un total de 404 encuestas.

Resultados. Los resultados que arrojaron nuestra encuesta al respecto de creencias fueron:

- Homosexualidad: la consideran una enfermedad un 2.4% de los alumnos de la ESO y un 0% de los de bachillerato. En parte son enfermos afirmaron el 14.7% de ESO y el 7.8% de los de Bachillerato (Razón de verosimilitud: 0,038).
- Inmigración la consideran un problema un 13% de los de la ESO y el 13,3% de los de Bachillerato. En parte un problema el 46.2% de los de la ESO y el 54.4% de los de Bachillerato (p= 0,32).
- La igualdad de la mujer (las mujeres quitan el trabajo a los hombres): Afirmaron que sí el 12.2% de los estudiantes de ESO y el 15.6% de los de Bachillerato. En parte: se lo quitan el 33.6% de los de la ESO y el 28.6% de los de Bachillerato (p=0,58).
- No hay diferencias estadísticamente significativas en la titularidad del centro (público o concertado) respecto a las anteriores creencias: inmigración (p=0,42), igualdad de la mujer (p=0,1) y homosexualidad (p=0,058).

Conclusiones. El prejuicio respecto a la homosexualidad predomina en los adolescentes de corta edad, llegando al 2,4% del total para luego casi desaparecer en etapas posteriores. Sin embargo los prejuicios que se refieren a la igualdad de la mujer y a la inmigración apenas varían en su incidencia durante la adolescencia y probablemente de forma extensiva en la madurez. Desde Atención Primaria se debería insistir en nuestros consejos de prevención frente a la homofobia, la desigualdad de la mujer y la inmigración como parte de nuestra labor de prevención.

8. UTILIDAD DE LA GUÍA DSM-V PARA EL CRIBADO DE TDAH EN LA CONSULTA EN NIÑOS PREMATUROS. Rodríguez Fernández C¹, Mata Zubillaga D², Rodríguez Fernández LM^{1,3}, Regueras Santos L¹, Revilla Orías MD¹, Lapeña López de Armentía S¹, De Paz Fernández JA³. ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²CS Ponferrada IV. León. ³Instituto de Biomedicina. Universidad de León.

Introducción. Los niños prematuros, especialmente los de muy bajo peso al nacimiento (MBPN) (≤ 1500 gramos), constituyen una población de riesgo para desarrollar déficits atencionales, muchos de ellos compatibles con el diagnóstico de TDAH.

Objetivo. Comparar las puntuaciones en déficit de atención (DA) e hiperactividad/impulsividad (HI) según la escala DSM-V para TDAH en niños prematuros y niños sanos nacidos a término.

Métodos. Estudio analítico de casos y controles realizado mediante la cumplimentación por parte de los padres de la escala DMS-V para TDAH durante la consulta. Se incluyeron niños prematuros sin secuelas neurológicas aparentes de entre 7 y 10 años, y niños sanos nacidos a término de la misma edad. Los síntomas reflejados en cada uno de los apartados debían estar presentes de forma habitual desde al menos 6 meses.

Resultados. Se incluyeron 89 niños: 59 prematuros (33 mujeres, 26 varones; $9,16 \pm 1,15$ años), de los cuales 30 eran de MBPN; y 30 controles sanos (19 mujeres, 11 varones; $8,85 \pm 1,19$ años). No se encontraron diferencias en cuanto a sexo y edad entre ambos grupos. Las puntuaciones obtenidas para DA fueron: $1,98 \pm 2,32$ en el grupo de prematuros y $1,11 \pm 1,66$ en los controles (p: 0,08) y para HI: $1,41 \pm 1,82$ y $1,00 \pm 1,76$ (p:0,22) respectivamente. Seis niños prematuros y uno control cumplían criterios de TDAH subtipo inatento según los padres (p >0,05), mientras que tres prematuros y uno control podría cumplir criterios de TDAH subtipo HI (p>0,05). Los prematuros de MBPN obtuvieron puntuaciones más altas para DA ($2,41 \pm 2,72$) que los controles ($1,11 \pm 1,66$), p<0,05. No se encontraron diferencias significativas a la hora de cumplir criterios de TDAH entre ambos grupos según los padres.

Conclusiones. Según los padres, los niños prematuros de MBPN presentan mayores dificultades atencionales que los niños sanos nacidos a término basándonos en la guía DSM-V; sin embargo, su aplicación únicamente a la familia durante la consulta no permite detectar mayor prevalencia de TDAH a diferencia de lo descrito en la literatura. La aplicación de dicha guía a los padres puede ser útil como orientación inicial, debiéndose contrastar con la puntuación obtenida en el colegio, así como la aplicación de otras escalas para poder realizar el diagnóstico definitivo de TDAH.

9. CAUSAS DE PREMATURIDAD EN LOS MENORES DE 1500 GRAMOS. Alegría Echaury E, Alegría Echaury J, Pérez Santos AB, Planelles Asensio MI, De las Cuevas Terán I. *Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Universidad de Cantabria.*

Introducción. La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8-10% de los nacimientos ocurren antes de las 37 semanas de gestación (RN prematuros) y el 1% antes de la semana 32 (grandes prematuros). Este último grupo (menores de 32 semanas y/o menores de 1500 gramos de peso) conlleva una alta morbi-mortalidad y genera un elevado coste familiar, social, sanitario y económico, tanto en su ingreso neonatal como en su seguimiento a lo largo de toda su infancia.

Objetivos. Analizar las causas de prematuridad en los recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación ingresados en la planta de Neonatología de nuestro centro (unidad nivel asistencial III b y referencia para nuestra comunidad autónoma con unos 5000 partos por año) en el año 2014.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas mediante revisión de las historias clínicas.

Resultados. Durante el año 2014 contabilizamos 33 recién nacidos prematuros menores de 32 semanas o menores de 1500 gramos (0,6%). Un 45% (15 pacientes) de ellos fueron CIR (retraso de crecimiento intrauterino). Entre ellos, en todos salvo en dos, existió alteración del doppler (46% por preeclampsia, 33% por insuficiencia utero-placentaria y el resto por otros motivos). La corioamnionitis fue la causa de la prematuridad en un 21% de los recién nacidos (7 pacientes). Entre las causas de corioamnionitis: uno de ellos resultó positivo para *S. agalactiae*; en tres de ellos se aisló *Ureaplasma urealyticum*, incluido en cultivo de placenta y en los dos restantes los cultivos resultaron negativos. El prolapso de bolsa, el prolapso de cordón, la metrorragia, el desprendimiento de placenta y la placenta previa con sangrado fueron la causa de prematuridad en una ocasión cada uno de ellos respectivamente. En los tres restantes no se halló la causa de la prematuridad.

Conclusiones: 1) La causa más frecuente de prematuridad en nuestro centro fue la inducción en recién nacidos con retraso de crecimiento intrauterino, por alteración del doppler. 2) Aproximadamente un 50% de los recién nacidos con CIR estaba causado por preeclampsia materna. 3) Los resultados obtenidos en nuestro centro apoyan los datos recogidos por la red SEN1500, donde se objetiva un aumento de los recién nacidos pretérmino en los últimos años, en gran parte debido a un seguimiento obstétrico más estrecho y detección precoz de gestaciones de riesgo.

10. SIN CONTROL PRENATAL: ¿QUÉ HACEMOS EN PEDIATRÍA? Zoido Garrote E, García Aparicio C, Puerta Pérez P, Guevara Caviedes N, Rodríguez Blanco S, Muñoz Lozón A, Revilla Orias MD, Reguera Bernardino J. *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción y objetivos. El principal propósito de un programa universal de control del embarazo es reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal; dicho objetivo es más alcanzable cuanto más precoz sea la primera visita, con la existencia de un número suficiente de controles y con el hecho de recibir durante el parto una atención adecuada. Pese a que se trata de un servicio mínimo social y accesible, seguimos encontrando embarazos sin controlar (ENC) por múltiples motivos; entre los que destacan el bajo nivel socioeconómico, factores culturales-raciales, la situación laboral o el abuso de sustancias tóxicas. Hasta el momento no existen consensos nacionales o internacionales, ni protocolos sobre qué hacer ante un recién nacido (RN) procedente de ENC; razón por la cual surge nuestro interés por este tema.

Métodos. Estudio observacional y retrospectivo de los niños nacidos vivos de ENC en el Complejo Asistencial Universitario de León, durante el período octubre de 2009 a noviembre de 2014. Se consideraron ENC aquellos en los que se registró ausencia de ecografías fetales o serologías maternas o ausencia de las mismas durante más de la mitad de la gestación.

Resultados. Se registraron 58 RN vivos procedentes de ENC; lo que supone un 0,509% del total de nacimientos en el mismo periodo y ámbito. Edad media materna 27,81 años. El 35% de las madres procedían de nacionalidad extranjera. Un 24% de las madres confesaron consumo de tóxicos durante la gestación. El 27% de los RN fueron dados en adopción. Un 33% de los RN fueron prematuros (12% prematuros ≤ 35 semanas). La mayoría de casos se encontraban en un peso adecuado para la edad gestacional. Al igual que se ha visto en otras estudios, no encontramos aumento de la tasa de partos instrumentales/cesáreas en los ENC; con un porcentaje de cesáreas del 9%, y un porcentaje de instrumentales del 9%. No encontramos ningún caso de transmisión vertical o del canal del parto de infecciones TORCH, VIH, VHC o LUES. Se ha encontrado un aumento de las infecciones neonatales, un 11% necesitó tratamiento antibiótico; asociado a riesgo infeccioso.

Conclusiones. Parece encontrarse asociación entre ENC, aumento de la tasa de prematuridad, madres extranjeras, menor edad materna y distocia social. No hemos encontrado hallazgos patológicos significativos en las pruebas complementarias realizadas, pero esto podría ser producto del pequeño número de casos analizados.

SÁBADO 11 DE ABRIL DE 2015

SALA A

Moderadores: Julián Rodríguez Suárez, Begoña Sánchez González

1. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA TRAS INICIO DE SU ACTIVIDAD. Cabero Pérez MJ¹, Muñoz Cacho P¹, Gaité Pindado L¹, Guerra Díez JL¹, Sancho Gutiérrez R¹, Palacios Fernández M¹, Priede Díaz MP², Álvarez Granda L¹. ¹Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ²Hospital Sierrallana.

Introducción y objetivos. El inicio de actividad de una Unidad de Urgencias Pediátricas Hospitalarias requiere conocer el grado de satisfacción de sus usuarios. Dentro de la evaluación global con el fin de mejorar la calidad asistencial y estructural.

Métodos. Estudio transversal, realizada encuesta de satisfacción vía telefónica que incluye datos familiares, características de la asistencia percibida, valoración de los tiempos de espera, valoración de la información recibida y valoración global. Tiempo de realización: 1 mes. Dada la edad de los pacientes la encuesta se realiza a sus padres. Poner que la encuesta esta validada...

Resultados. Realizadas 112 encuestas, edad media del encuestado 37,8 (DE: 6,0) años. El 74,1% se identifican como madre. Respecto a la asistencia percibida; el 84,9% refieren que las facilidades dadas en la unidad para estar junto a su niño/a fue excelentes/muy buenas, el 99,1% pudo estar la mayoría de las veces acompañando a sus hijos. Se califica también con un alto grado de satisfacción la información recibida y la accesibilidad a los profesionales. Respecto a su estancia, el 88,4% considera adecuado el tiempo que permaneció en la unidad. En relación a la información recibida y el entorno, existe un alto grado de satisfacción. La nota media de valoración fue 8,45 (DE:1,72).

Conclusiones. La apertura de la nueva Unidad de Urgencias Hospitalarias de Pediatría ha sido acogida por los usuarios de forma muy positiva, existiendo un alto grado de satisfacción en relación a la calidad asistencial de los profesionales sanitarios y las instalaciones habilitadas para su desarrollo.

2. Satisfacción laboral en la unidad de urgencias pediátricas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cabero Pérez MJ, Gaité Pindado L, Guerra Díez José L, Leonardo Cabello MT, Pereira Bezanilla E, Pulido Pérez P, Álvarez Álvarez C, Álvarez Granda L. *Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivos. La satisfacción laboral es un componente fundamental de la calidad asistencial y este estudio analiza su grado en el equipo sanitario de la unidad de urgencias pediátricas del Hospital de referencia de la Comunidad.

Métodos. Estudio observacional transversal realizado entre todos los profesionales implicados en la atención de las urgencias pediátricas. La recogida de datos tuvo lugar en octubre de 2014. Se empleó la versión en español de la Escala de Satisfacción Laboral de Warr, Cook y Wall –Escala General de Satisfacción NTP 394 de Pérez Bilbao y Fidalgo Vega (1995)– que consta de 15 ítems puntuados mediante una escala Likert de 7 puntos. Permite obtener tres puntuaciones correspondientes a la satisfacción general (15 mínima y 105 máxima), y las subescalas de satisfacción intrínseca (7-49) y extrínseca (8-56).

Resultados. Respondieron la encuesta 42 profesionales pero se descartó un cuestionario por cumplimentación deficiente. De los 41 restantes, el 10% eran hombres y un 90% mujeres. Las categorías profesionales eran FEAs (18,9%), MIR (13,5%) DUEs (21,6%), auxiliar enfermería (27,0%) y celadores (18,9%). Respecto a la satisfacción laboral general, la valoración media es de 75,5 (DT = 15,2). La satisfacción intrínseca fue de 35,5 (DT = 7,7) y la extrínseca de 41,1 (DT 7,9). De los 15 ítems que componen el cuestionario, la actitud del supervisor inmediato constituye el factor en el que los profesionales se encuentran más satisfechos (6,1, DE=1,2), mientras que las condiciones del lugar de trabajo muestra la menor satisfacción (3,9, DE=1,8).

Conclusiones. Los principales hallazgos del estudio muestran que en general los profesionales se encuentran satisfechos con su actividad laboral, tanto a nivel global como en los aspectos intrínsecos (reconocimiento, promoción, autonomía, etc.) y extrínsecos (compañeros de trabajo, relación entre trabajadores y jefes, salario, etc.). Sin embargo las condiciones del lugar del trabajo requieren una atención especial a partir de los resultados obtenidos. Los hallazgos de este estudio son de utilidad para conocer la situación actual de satisfacción laboral de estos profesionales. Sin embargo, será necesaria la realización periódica de ese tipo de estudios para realizar un seguimiento con mayor continuidad temporal. Al mismo tiempo debemos detectar diferencias por categorías profesionales específicas o por tipos de contratación para poder implantar acciones específicas que mejoren la satisfacción laboral de todos los miembros del equipo interdisciplinar.

3. GESTIÓN Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Guerra Díez JL, Álvarez Álvarez C, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. *Unidad de Urgencias de Pediatría y Corta Estancia. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivos. Un objetivo básico de las unidades que reciben pacientes a demanda con posibilidad de inestabilidad es que se garantice la seguridad del paciente en su traslado para realización de pruebas complementarias y/o planta de

hospitalización sin que ocurra un evento adverso prevenible. Objetivo: describir el proceso de realización de un listado de verificación previo traslado a planta de hospitalización desde la unidad de urgencias de pediatría. Análisis descriptivo de su desarrollo durante el año 2013.

Métodos. Estudio descriptivo del protocolo elaborado en el Servicio de Pediatría del listado de verificación implantado en la unidad de urgencias pediátricas. Análisis de la actividad realizada asociada a protocolo durante el año 2013, estableciendo número de listados realizados, visitas urgentes, ingresos hospitalarios, localización del ingreso y porcentaje de cumplimiento.

Resultados. A través del grupo de seguridad del servicio de pediatría se elabora un protocolo de traslado de pacientes hasta la hospitalización correspondiente denominado: "Proceso de ingreso hospitalario desde la urgencia de pediatría hasta la planta de hospitalización", realizado en el año 2011. Tras su aprobación se pone en marcha junto con el documento denominado "listado de verificación" que incluye los siguientes ítems: comprobar la identificación del paciente; situación clínica (re-exploración); comprobar accesos venosos si los necesita; comprobar oxigenoterapia si necesita; comprobar que la medicación administrada está escrita de forma legible; comprobar que están todos los documentos de la historia clínica; decidir si precisa ser acompañado por personal médico y/o de enfermería, registro de hora de traslado y firma del equipo de atención continuada. Durante el año 2013 valoradas 44345 urgencias, ingresados 2095 (4.72%). Realizados 1380 listados (65.87%). El 58% de los ingresos con check list realizados fueron a la Unidad de Corta Estancia, el 32.75% a la Unidad de Hospitalización Pediátrica. Respecto al cumplimiento de los ítems, están en un porcentaje todos superiores al 95%, salvo el registro de hora de salida de la unidad y la firma del equipo de atención continuada.

Conclusiones. La elaboración de listados de verificación ha permitido comprobar el estado de los pacientes previo a su marcha gracias a la participación conjunta del personal médico y de enfermería, evitando problemas de recepción de documentación o incidencias en su traslado. Es necesario realizar y fomentar su cumplimiento en las condiciones adecuadas para garantizar no solo la seguridad de los pacientes sino la del propio profesional responsable.

4. ADECUACIÓN DEL TRANSPORTE PEDIÁTRICO: ESTUDIO DE 6 MESES EN LA UCI PEDIÁTRICA Y NEONATAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. Urbaneja Rodríguez E¹, Brezmes Raposo M², Muñoz Moreno M³, Sanz Fernández I², Pino Vázquez MA², Villa Francisco C², Fernández García-Abril MC², Benito Gutiérrez M², Pino Velázquez M². ¹Servicio de Pediatría, ²UCI Pediátrica y Neonatal, ³Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos, Analizar las características de los transportes recibidos y valorar el grado de adecuación de la asistencia durante los mismos.

Material y métodos, Estudio descriptivo prospectivo que recoge las características de los transportes recibidos en UCI Pediátrica y Neonatal del HCUV, de Junio a Diciembre del 2014. Se recogen procedencia del paciente, fecha de ingreso, edad y sexo, enfermedad, contacto telefónico previo, duración del transporte, empresa que lo realiza y asistencia recibida (adecuada/inadecuada; en caso de resultar inadecuada se especifica si insuficiente/excesiva/incorrecta, y si esta inadecuación se traduce en perjuicio para el paciente y de qué tipo leve/moderado/grave). También se evalúa el grado de conocimiento del paciente que tiene el médico que realiza el transporte.

Resultados. Se recogieron 37 transportes, correspondiendo un 46% a varones. 46% < 1 año, 38% de 1-6 años y 16% > 7 años. En el 92% se contactó previamente por teléfono. Distribución entre mañana, tarde y noche: 38%, 35% y 27% respectivamente. Enfermedades que motivaron el traslado: Respiratoria 21%, cirugía 21%, prematuridad 21%, cardíaca 16%, infecciosa 10%, neurológica 8% y metabólica 3%. De forma global, el médico receptor estimó, al ingreso, el grado de conocimiento del paciente que tenía el médico responsable del transporte como adecuado 57% e insuficiente 43%. Los transportes fueron realizados por servicio de emergencias sanitarias 24% o por empresa subcontratada 76%. Los médicos del servicio de emergencias sanitarias obtuvieron más valoraciones adecuadas respecto al conocimiento del paciente que las subcontratas, sin encontrar diferencias significativas (p=0,15). El 22% de los transportes llevaban ventilación mecánica convencional y el 14% VNI. El porcentaje de adecuación en respiratorio fue 70%, sin encontrar diferencias significativas por grupos de edad (p=0,36) o quién lo realizó (p=0,68). El 87% tenían vía periférica, 5% intraósea y 5% vía central. El porcentaje de adecuación fue 60% en vías, sin diferencias significativas por grupos de edad o quién lo realiza (p=0,35). En hemodinámico la adecuación fue del 89%, y en analgesia y sedación 81% y 84% respectivamente. En antibioterapia la adecuación fue del 81%, sin embargo, por grupos de edad sí existen diferencias (p=0,03), siendo el grupo de < 1 año los que menor porcentaje de adecuación tienen. De todas las actuaciones evaluadas, 370, se recogen un total de 64 inadecuaciones, 17%, que ocasionaron un perjuicio para el paciente leve 10%, moderado 5% y grave 1,5%.

Conclusiones. En nuestra serie la patología más prevalente que suscita el traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos es la respiratoria, quirúrgica y prematuridad. Dadas las peculiaridades del paciente pediátrico y neonatal y ante la complejidad y diversidad en tamaños y enfermedades, resulta lógico que cuando el transporte no se realiza por personal formado en

transporte pediátrico, los resultados de un estudio de adecuación sean mejorables. Consideramos necesaria la creación de una Unidad de Transporte Pediátrico y Neonatal en Castilla y León para mejorar la asistencia de nuestros pacientes.

5. REVISIÓN DE LOS TRASLADOS DE CAUSA URGENTE REALIZADOS EN UN HOSPITAL SECUNDARIO ENTRE LOS AÑOS 2010-2014. Garrote Molpeceres R², Valladares Díaz AI¹, Moreno Vicente-Arche BM¹, Urbaneja Rodríguez E², Urbón Artero A¹, Hortelano López M¹, Jiménez Casso MS¹, Santana Rodríguez C¹. *Servicios de Pediatría de los Hospitales ¹General de Segovia y ²Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos. La necesidad del traslado urgente del niño crítico o potencialmente crítico es una situación frecuente en hospitales secundarios, donde los recursos asistenciales son más limitados. Por ello es importante estudiar las características de estos pacientes y los recursos de nuestro hospital para reconocerlos precozmente y optimizar su asistencia.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínico-patológicas, etiológicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes atendidos en nuestro hospital del 01/01/2010 al 31/12/2014 que requirieron traslado urgente. Revisión de historias clínicas.

Resultados. Constatamos 138 traslados. Mediana global de ingresos: 1068 pacientes/año (1032-1332); mediana de traslados: 23/año (19-40), suponiendo un 2.15% de pacientes ingresados, observando un incremento de derivaciones los últimos 2 años (25.36% en 2013 y 28.98% en 2014). Un 50% (69) en primavera-verano; otro 50% (69) en otoño-invierno. 53.6% (74) eran varones; 46.4% (64) mujeres. Distribución etaria: 7.25% (10) prematuros, 20.3% (28) recién nacidos a término (RNT), 36.95% (51) lactantes y 35.5% (49) escolares. Un 47.1% (65) de pacientes tenían antecedentes patológicos predisponentes a patología más severa como prematuridad, patología perinatal asociada, malformaciones, cardiopatías congénitas (CC) y broncoespasmos de repetición. Un 72.46% (100) precisaron traslado en las primeras 24h de estancia, siendo las patologías más frecuentes por rango etario: 43% (43) escolares, principalmente debido a 27.9% (12) TCE, 18.6% (8) causas respiratorias, 16.3% (7) infecciones, 11.6% (5) neurológicas; 36% (36) lactantes por: 58.3% (21) causas respiratorias siendo un 33% de éstas bronquiolitis VRS positivas, 11.1% (4) infecciosas, 11.1% (4) traumáticas-accidentales, 8.3% (3) neurológicas, 5.5% (2) CC y 5.5% (2) quirúrgicas; 17% (17) RNT por: 47% patología perinatal (asfixia, encefalopatía hipóxico-isquémica), 23.5% (5) dificultad respiratoria, principalmente bronquiolitis VRS positivas, 17.6% (3) cardiopatías congénitas y 11.7% (2) metabolopatías congénitas (acidemia propiónica); 4% (4)

prematuros por clínica de sepsis, inestabilidad hemodinámica y distrés respiratorio (EMH). En el resto de trasladados realizados posteriormente (27.54%, 38 pacientes), la causa fue complicación de la patología que motivó el ingreso, principalmente insuficiencia respiratoria en neumonías con derrame, bronquiolitis VRS positivas o sepsis. Todos los pacientes trasladados precisaron soporte específico/monitorización de UCI del que no se dispone en el servicio. Del global, 2.17% (3) pacientes fueron trasladados en helicóptero, el resto en UVI móvil. Fallecieron 4 pacientes [1 (0.7%) durante el traslado (tetralogía de Fallot), 3 (2.17%) posteriormente debido a complicaciones de su patología].

Conclusiones. En nuestra serie las causas etiológicas más graves fueron: prematuridad y patología perinatal en neonatos, patología respiratoria (bronquiolitis VRS+) en lactantes y traumática-respiratoria en escolares; descrita en otras series. Es fundamental desarrollar organigramas de actuación/atención precoz, optimizar recursos y elegir la forma de traslado y el centro terciario de derivación adecuado a sus necesidades, mejorando su supervivencia y disminuyendo su morbi-mortalidad.

6. ¿PREPARADOS PARA EL ÉBOLA? FORMACIÓN ESCASA, CONOCIMIENTO ALTO. EL MODELO JUAN PALOMO. Velasco Zúñiga R¹, Pérez Gutiérrez E², Fernández Arribas JL¹. ¹Unidad de Urgencias Pediátricas, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos. El 6 de Octubre del 2014 se diagnosticó en España el primer caso de ébola fuera de África. En ese momento, numerosas voces se alzaron para denunciar la falta de formación recibida por el personal de los servicios sanitarios. El objetivo de este estudio es describir el nivel real de formación de los trabajadores en las Urgencias Pediátricas (UPED) de nuestro país.

Métodos. Es un estudio descriptivo transversal. Se envió por correo electrónico un enlace para realizar una encuesta a los miembros de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Además, se incluyó un enlace a la encuesta en la página web de la Asociación Española de Pediatría. La encuesta se contestaba mediante un formulario de Google Drive®. Se recogieron respuestas entre el 12/10/2014 y el 30/11/2014. La encuesta constaba de dos partes. En la primera se recogían una lista de cuestiones acerca de las características individuales de la persona que respondía la encuesta. La segunda parte eran nueve preguntas para evaluar el nivel de conocimiento sobre el virus Ébola de cada participante.

Resultados. Respondieron la encuesta 251 personas. La mayoría, 197 (78,5%) fueron pediatras o residentes de pediatría. Doscientos dieciséis (86,1%) trabajaban a tiempo total o parcial en

UPED. Recibieron formación acerca del virus Ébola 159 (64,6%) personas, pero tan solo 42 (25,4%) de ellas consideraron ésta suficiente. El porcentaje de personas que referían haber recibido formación en cada Comunidad Autónoma presentaba gran variabilidad, con un mínimo del 25% en Castilla-La Mancha, y un máximo del 100% en Extremadura, Baleares, Canarias y Comunidad Navarra. Solo 45 (18,2%) personas recibieron alguna formación sobre el virus Ébola específica en Pediatría, de los que una tercera parte la estimó adecuada. Doscientos dieciséis personas (88,2%) reconocieron haber adquirido formación por cuenta propia. Doscientos doce personas conocían de la existencia de protocolos específicos de virus Ébola en su centro hospitalario, pero tan solo un 51,2% de ellos consideraba que había sido correctamente informado acerca del mismo. Acerca del uso de equipos de protección individual (EPI), 151 (71,9%) de las personas que trabajaban en UPED disponían de estos equipos en su puesto de trabajo, aunque habían recibido formación sobre su uso 66 (44,3%) de ellos. La mediana de respuestas correctas acerca del virus Ébola fue de 7 (P_{25} - P_{75} : 6-8). Mediante regresión de Poisson se analizaron las diferencias en el número de aciertos entre los sujetos que habían recibido formación y los que no, ajustando por potenciales confundidores, como estamento laboral y años de experiencia laboral, sin encontrarse diferencias significativas ($p=0,284$).

Conclusiones. El nivel de formación recibida en los servicios sanitarios españoles es moderada, con importantes diferencias regionales. Hay un notable déficit de formación específica en Pediatría. No obstante, el grado de conocimiento sobre el virus Ébola entre profesionales sanitarios fue alto, debido probablemente a la autoformación adquirida.

7. DESCRIPCIÓN DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Alkadi Fernández K, Merayo Fernández L, Garmendia Amunarriz M, Suárez Alonso J, González Pérez D, Palacios Sánchez M. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivos. Las intoxicaciones son un motivo de consulta poco habitual en la edad pediátrica, más frecuentes en niños pequeños y no intencionadas. Su pronóstico suele ser bueno, ya que en la mayor parte de los casos se trata de un contacto con una sustancia en una dosis no tóxica, sin embargo, no están exentas de morbimortalidad. Se analizan las características de las intoxicaciones en menores de 14 años así como su manejo en el Servicio de Urgencias de un Hospital terciario.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 99 pacientes menores de 14 años valorados por intoxicación aguda en nuestro servicio de urgencias entre Enero del 2014-2015. Análisis de datos mediante spss17.

Resultados. Se registraron 99 intoxicaciones, el 52.5% en mujeres, con una edad media de 3 años. El 100% fue por mecanismo involuntario, predominantemente en el domicilio. La vía de exposición fue oral en el 92% e inhalada en el 8%. Respecto a la sustancia implicada, el 49.5% fueron fármacos, seguidos de productos del hogar (31.3%), cosméticos y CO (8.1%). El tiempo medio transcurrido desde la exposición hasta la consulta en urgencias fue de 95.8 minutos, habiendo recibido el 9.1% de los pacientes atención extrahospitalaria (administración de carbón activado en Centro de salud y remedios caseros para limitar la absorción). En el momento de su valoración, el 70.7% estaban asintomáticos, el 17.2% presentaban sintomatología gastrointestinal, 6.1% síntomas neurológicos y un 2% respiratorios. El 68% no precisaron pruebas complementarias, en un 23% se realizó gasometría y analítica sanguínea y un 5% otras (Rx tórax, ECG). El 22.2% de los pacientes precisaron ingreso, con una duración media de 19 horas, realizándose en un 36% de los ingresados niveles en sangre (correspondientes a ingesta de Paracetamol) y administración de antídoto en el 27% de éstos. El 99% no presentaron complicaciones; un 1% presentó neumonitis intersticial.

Conclusiones. 1) La mayoría de las intoxicaciones atendidas en nuestro servicio de Urgencias fueron en menores de 6 años, con un pico de incidencia entre los 2-3 años. 2) Las sustancias más frecuentemente implicadas fueron los fármacos y productos del hogar. 3) Una cuarta parte precisaron ingreso, sin embargo, las complicaciones fueron infrecuentes (1%).

8. LA ESTIMULACIÓN VESICAL ES UN MÉTODO DE OBTENCIÓN DE ORINA ÚTIL EN LACTANTES MENORES DE SEIS MESES. Mongil Del Blanco L, Pérez Madrigal A, Gómez Corral, Cid Astruga B, Velasco Zúñiga R. *Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción y objetivos. En 2013 *Herreros et al* demostraron la eficacia de la técnica de estimulación vesical para la obtención de orina en lactantes menores de 90 días de vida. El objetivo de nuestro trabajo es analizar si la proporción de muestras contaminadas es menor con esta técnica que con el uso de bolsa autoadhesiva. Como objetivos secundarios 1) se evaluará la eficacia de esta técnica en mayores de 1 mes de vida, y 2) se analizará la diferencia en los tiempos necesarios para la recogida de orina en cada una de las técnicas.

Métodos. Ensayo clínico aleatorizado que incluye pacientes menores de 12 meses de vida, afebriles, en los que se solicitó una analítica de orina. Tras la firma del consentimiento informado, se abría el sobre correspondiente y se realizaba la técnica indicada. Se consideró patológica una tira de orina positiva en el test de leucocito-esterasa o nitritos, y el urocultivo en el que crecían más

de 10000 ufc/ml de un germen patógeno. Aquellos pacientes en los que se obtuvo una analítica de orina patológica por método no estéril se obtuvo una segunda muestra para analítica y cultivo por sondaje uretral. Se consideró orina contaminada aquella con tira de orina patológica por método no estéril y urocultivo normal por sondaje.

Resultados. Se incluyeron 82 pacientes, de los cuales 3 rechazaron los padres firmar el consentimiento informado. Los otros 78 pacientes se aleatorizaron, repartiéndose 40 al grupo de bolsa y 38 al de masaje. Se excluyeron 10 y 15 pacientes de cada grupo, respectivamente. En los 30 y 23 pacientes restantes se realizó la técnica correspondiente, obteniéndose orina en 26 y 18 pacientes. En el grupo de bolsa se perdieron 3 pacientes por fracaso del protocolo y 1 por incumplimiento, por 5 en el grupo de masaje, todos por incumplimiento. La edad media de los pacientes e el grupo bolsa fue de 134,8 (DE=86,4) días de vida, y en el grupo masaje de 79,9 (DE=80,6), ($p=0,02$). El 61% de los pacientes eran varones, sin diferencias significativas entre los grupos. Se realizó análisis por intención de tratar, obteniéndose orina contaminada en 3 (10%) de los pacientes del grupo bolsa, por ninguno del masaje ($p=0,118$). En el grupo de masaje se obtuvo muestra de orina en 8 (100%) menores de 30 días, y en 10 (66,7%) de los mayores de 30 días ($p=0,06$). Si comparamos los menores de 30 días con los pacientes entre 31 y 180 días de vida, en estos últimos se consiguió orina en 10 (90,9%) de ellos ($p=0,38$). El tiempo medio de obtención de orina fue de 44,6 (DE=26,0) minutos para los pacientes del grupo bolsa y 2,2 (DE=1,8) para los del grupo masaje ($p<0,001$).

Conclusiones. El masaje vesical parece un método más fiable de despistaje de infección de orina en menores de 180 días de vida que la bolsa autoadhesiva, que además disminuye el tiempo de estancia en urgencias, aunque es necesario continuar con el estudio para alcanzar un suficiente tamaño muestral.

9. LACTANTE AFEBRIL, ¿PEDIMOS UROCULTIVO? Velasco Zúñiga R, Torres Aguilar L. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción y objetivos. El síntoma más frecuente de infección del tracto urinario en los lactantes es la fiebre, sin embargo, con frecuencia, se sospecha este cuadro por otros síntomas como vómitos, rechazo de tomas... cuyo valor predictivo está en entredicho. El objetivo del trabajo es analizar el valor predictivo de urocultivo positivo de diversos síntomas en pacientes afebriles.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores de 1 año a los que se les realizó analítica de orina, por método estéril o no, en la Unidad de Urgencias Pediátricas de un hospital secundario. Se excluyeron aquellos que

presentaron $T^a > 38^\circ\text{C}$. Se recogieron datos clínicos y analíticos de los informes de atención en Urgencias. Se realizó análisis descriptivo y mediante regresión logística se calcularon las OR de cada síntoma para predecir la presencia de urocultivo positivo.

Resultados. Se incluyeron 314 pacientes, 153 (48,7%) de ellos varones. La mediana de edad fue de 57 días de vida ($P_{25}-P_{75}$: 27-103). El urocultivo resultó positivo en 22 (7%) lactantes de la muestra. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de urocultivo positivo entre los lactantes menores de 90 días de vida y los mayores (6,9% vs 7,4%). Se realizó analítica por bolsa a 260 (82,8%) pacientes, de los cuales 55 tuvieron alteraciones en el test de leucoesterasa o nitritos. En 46 (85,5%) se confirmó el resultado por sondaje, y en 16 de ellos el urocultivo fue positivo. En 54 pacientes se recogió orina directamente por sondaje, siendo la analítica patológica en 12 (22,2%), y confirmándose la ITU por urocultivo en 4 (33,3%). En el análisis multivariante ninguno de los síntomas mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de un urocultivo positivo. (Tabla)

Síntoma	Uro positivo (%) (N=314)	OR (IC95%)
Rechazo de tomas	5/110 (4,6)	0,52 (0,20-1,41)
Vómitos	10/143 (7)	1 (0,43-2,33)
Irritabilidad	2/60 (3,3)	0,40 (0-1,60)
Fallo de medro	2/30 (6,7)	0,94 (0-3,84)
Mal olor de la orina	0/8 (0)	-
Hematuria	0/2 (0)	-
Ictericia	0/10 (0)	-
Urocultivo positivo previo	3/3 (100)	
Otros	2/16 (12,5)	1,99 (0-8,45)

Conclusiones. La probabilidad de hallar urocultivo positivo en un paciente afebril es alta en el primer año de vida. Los síntomas clásicos distintos a la fiebre muestran escaso valor diagnóstico.

10. MANEJO DE LOS LACTANTES FEBRILES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN URINARIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN ESPAÑA. Velasco Zúñiga R¹, Benito Pastor H¹, Mozún Torrico R², Trujillo Wurttele JE², Merino García P³, De la Torre Espi M⁴, Gómez Cortés B⁵, Mintegi Raso S⁵ y el Grupo de Estudio del Lactante Febril de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. ¹Unidad de Urgencias Pediátricas, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Río Hortega. ⁴Servicio

de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario del Niño Jesús.

⁵Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces.

Introducción y objetivos. La infección del tracto urinario (ITU) es la infección bacteriana potencialmente grave más frecuente en los lactantes febriles menores de 90 días de vida. Aunque el patron oro diagnóstico en la actualidad es el crecimiento de un germen patógeno en el cultivo de orina, es posible realizar un primer diagnóstico de sospecha en el Servicio de Urgencias si se obtiene una analítica de orina alterada (positivo para test de la leucocito esterasa o nitritos). Las Guías de Manejo de la AEP recomiendan el ingreso y tratamiento antibiótico parenteral en los lactantes menores de 90 días de vida con sospecha de ITU. El objetivo de este trabajo es describir el manejo de los lactantes febriles menores de 90 días de vida con tira de orina alterada, y analizar qué factores se asociaron con mayor frecuencia a un manejo extrahospitalario.

Métodos. Es un subanálisis de un estudio prospectivo multicéntrico desarrollado en 19 unidades de Urgencias de Pediatría pertenecientes a la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (RISeUP-SPERG). En el estudio original se incluyeron lactantes menores de 90 días de vida con fiebre igual o superior a 38°C sin foco aparente a la exploración física atendidos entre el 1/10/2011 y el 30/9/2013. Se consideró alterada una tira de orina cuando fueron positivas para el test de la leucocito esterasa y/o el test de nitritos.

Resultados. Se incluyeron 3401 pacientes. De ellos, 765 (22.5%) presentaron una tira de orina alterada, y 72 (9.4%) fueron dados de alta, 30 de ellos tras un periodo de observación menor de 24 horas. Se realizó regresión logística multivariante, quedando como factores independientes predictores de manejo extrahospitalario tener buen estado general, una edad superior a 60 días de vida, y unos niveles sanguíneos de proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT) inferiores a 20 mg/L y 0,5 ng/ml, respectivamente. De los 72 pacientes que recibieron el alta a domicilio, 51 recibieron tratamiento antibiótico (70.8%; vía oral en 27 y parenteral en 24). En cuanto al resultado de los urocultivos, crecieron >50,000 ufu/ml en 36 (50%), y 10000-50000 ufu/ml en otros 3 (4.2%). Ninguno de ellos fue ingresado tras la obtención del resultado de los urocultivos. Dos de los pacientes dados de alta presentaron bacteriemia, habiendo recibido ambos una dosis de antibiótico parenteral en Urgencias previo al alta. Ambos estaban afebriles cuando se contactó con ellos tras la llegada del resultado.

Conclusiones. Una proporción importante de los lactantes febriles menores de 90 días de vida con sospecha de ITU son manejados de manera extrahospitalaria. Los pacientes mayores de 60 días de vida con buen estado general y valores normales de PCR y PCT en sangre son dados de alta con mayor frecuencia.

SÁBADO 11 DE ABRIL DE 2015

SALA B

Moderadores: Carmen Alonso Vicente, Gloria Menau Martín

1. LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NUESTRO HOSPITAL. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS CON OTROS CENTROS. Gálvez Criado R, Menéndez Arias C, Iglesias Blázquez C, Reguera Bernardino J, Moro de Faes G, Puerta Pérez P, Guevara Caviedes LN. *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). León.*

Introducción y objetivos. Descripción de las características epidemiológicas, clínicas, diagnóstico-terapéuticas y evolución de los pacientes con esofagitis eosinofílica (EoE) en nuestro hospital. Comparar los resultados de nuestros pacientes con los obtenidos en un estudio realizado por el grupo de gastroenterología de Castilla y León y con la literatura.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EoE en los últimos 5 años seguidos en las consultas de Gastroenterología Infantil del Hospital de León.

Resultados. Se recogieron 8 casos (62,5% varones). La edad media al diagnóstico fue de 11,37 años. Los antecedentes familiares fueron asma (12,5%) y alergia ambiental (25%). Al diagnóstico el 12,5% era alérgico a proteína de leche de vaca (APLV), el 62,5% a otro alimento (frutos secos, frutas, pescado o marisco). El 62,5% era alérgico al polen y el 50% a otro tipo de aeroalergeno. La media de tiempo de sintomatología previa al diagnóstico fueron 39 meses. Los síntomas al diagnóstico fueron: impactación alimentaria (75%), atragantamiento (62,5%), disfagia (62,5%), dolor abdominal (50%) y vómitos (12,5%). Los hallazgos endoscópicos fueron: exudados algodonosos (62,5%), fisuras longitudinales (62,5%) traquealización (50%), estenosis (12,5%) y normalidad (37,5%). Todos los pacientes presentaron >15 eosinófilos/campo (el 87,5%, >20 eosinófilos/campo). Recibieron tratamiento con fluticasona deglutida (100%) e inhibidores de la bomba de protones (25%). Se instauró dieta de restricción alimentaria dirigida por pruebas alérgicas en el 75%. El 37,5% de los pacientes tuvieron recaída clínica.

Conclusiones. La EoE es una entidad que afecta predominantemente a varones. Se asocia a alergia alimentaria y ambiental. En nuestra serie encontramos una incidencia de APLV similar al estudio realizado en Castilla y León, pero muy inferior a la descrita en la literatura. No registramos ningún paciente con alergia al huevo ni enfermedad celiaca. La clínica fue similar a la descrita en la bibliografía, a excepción del reflujo gastroesofágico que no presentó ninguno de nuestros pacientes. La media de tiempo prediagnóstico fue similar a la descrita en la literatura pero mayor que en el estudio de la comunidad. En la endoscopia

observamos mayor incidencia de exudados alveolares pero menor frecuencia de estenosis. En nuestro hospital se usó fluticasona deglutida en todos los pacientes y la dieta de exclusión dirigida en la mayoría, mientras que en el estudio de la Castilla y León también se usó budesonida oral (14,2%), dieta empírica (2,6%) y elemental (5,1%). En la literatura el uso de fluticasona y dieta dirigida es inferior (45 y 58% respectivamente).

2. REVISIÓN DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICAS EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA. Alegría Echauri J, Palacios Sánchez M, Garde Basas J, Ruiz Castellano N, González Escartín E, Alegría Echauri E, De la Rubia Fernández L, García Calatayud S. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivos. La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad de reciente descripción, caracterizada por una inflamación crónica del esófago con infiltración eosinofílica de su mucosa. La sintomatología es variable en función de la edad. Revisamos las características y evolución de los niños menores de 14 años con diagnóstico de EEO en nuestra comunidad.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de los niños en seguimiento por esofagitis eosinofílica. Análisis mediante el programa SPSS17.

Resultados. Se registraron 11 pacientes, el 72.3% varones, con edad media al diagnóstico de 10.3 años. La mayoría presentaban antecedentes personales de alergia: alérgenos inhalados (73%), asma (46%), sensibilización alimentaria (45%) y dermatitis atópica (37%). El alérgeno alimentario más frecuentemente implicado fue la leche, seguido del huevo y frutos secos. El 55% presentaban antecedentes familiares de alergias. La cifra media de IgE total al diagnóstico fue 333 IU/ml, eosinofilia en sangre periférica del 9%. El síntoma más frecuente fue la disfagia (40%) y vómitos, debutando un 33% en forma de impactación alimentaria. Los hallazgos endoscópicos macroscópicos más frecuentes fueron los exudados alveolares, seguidos de estrías longitudinales y anillos. En un 18% el aspecto fue normal. Número medio de biopsias tomadas fue 7.6, con hallazgos histológicos de > 15 eosinófilos/campo en esófago inferior y medio en el 100%, afectándose esófago superior en un 65%. Realizadas biopsias gástrica y duodenal en un 37%, sin evidencia de *H.pylori* en ninguna de ellas. Respecto al tratamiento, el 90.9% recibieron Fluticasona deglutida (dosis media: 925 mcg), siendo la posología más empleada cada 12 horas (45.5%), dieta exenta del alimento sensibilizado en un 37%. La duración media del tratamiento fue de 7.9 meses, refiriendo un 65% mejoría de los síntomas. La mitad de los pacientes que debutaron con impactación presentaron un nuevo episodio, y tras retirar el tratamiento,

en un 54.5% reapareció la sintomatología. Se realizó endoscopia digestiva alta de control en el 54.5% de los pacientes, con normalización en un 33%, disminución del número de eosinófilos/campo en el 33% y sin cambios respecto a la previa en un 33%.

Conclusiones. Se comprueban en nuestra serie datos conocidos como la predisposición alérgica, sintomatología variable, correlación entre síntomas y eosinofilia tisular, reimpactaciones frecuentes y recidiva de los síntomas tras la retirada de medicación. Debemos ajustarnos a los protocolos diagnósticos, realizando más endoscopias y valorar nuevos tratamientos basados en el empleo de budesonida viscosa y dieta de exclusión.

3. ENFERMEDAD DE CROHN. NO SIEMPRE UN DIAGNÓSTICO FÁCIL. Pascual Pérez AI, Méndez Sánchez A, Flórez Díez P, Moya Dionisio V, Rodríguez García L, Aparicio Casares H, Alonso Álvarez MA. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El dolor abdominal crónico es causa muy frecuente de consulta en pediatría. Adquieren relevancia nuevos marcadores y técnicas que, tras una exhaustiva historia clínica, permitan orientar el diagnóstico y evitar pruebas invasivas.

Resumen del caso. Niña de 7 años con dolor abdominal tipo cólico de 3 años de evolución y calprotectina fecal elevada. Madre con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo Crohn. En Octubre de 2013 ingresa para realización de endoscopia digestiva alta y colonoscopia. Estudio macroscópico normal, siendo informada la histología como atrofia vellositaria de causa incierta. La proteína C reactiva (PCR) en ese momento era de 0.6 mg/dl. Ante este hallazgo y la presencia de una genética heterocigota compatible con enfermedad celiaca, se indica dieta exenta de gluten. En Febrero de 2014 reaparece el dolor asociando una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 69 mm 1ª h. y PCR de 1.9 mg/dl, cifras que se mantienen 15 días después. La inespecificidad del cuadro motiva nuevas pruebas complementarias: IgE específica para proteína de leche de vaca, negativa. Calprotectina fecal 247 mcg/g heces. Ecografía (ECO) abdominal: hiperecogenicidad de grasa mesentérica, aumento de adenopatías y vascularización. Gammagrafía con leucocitos marcados inespecífica. La discrepancia de las pruebas conlleva la realización de una tomografía axial computarizada abdominal, que muestra hipercaptación de mucosa en asas de yeyuno, adenopatías regionales de tamaño patológico y 4 lesiones esplénicas hipodensas. En Marzo de 2014 reingresa para realización de laparoscopia y biopsia de adenopatías y estudio infeccioso completo. El estudio microbiológico (incluidas *Mycobacterias*) de las adenopatías fue negativo. La anatomía patológica mostró hiperplasia linfoide reactiva inespecífica sin

evidencia de linfoma. El chequeo de tuberculosis y la serología completa fueron negativas. Tras realización de ECO abdominal de control es alta con diagnóstico de adenopatías mesentéricas reactivas y dolor abdominal secundario a estreñimiento, para seguimiento en consulta de Infeccioso Infantil. Posteriormente se realiza capsulo-endoscopia que muestra ulceración en duodeno y erosiones, fisuras y ulceraciones parcheadas en yeyuno distal, con normalidad del resto del intestino. En Mayo de 2014 (7 meses después) es diagnosticada de Enfermedad de Crohn.

Conclusiones/Comentarios. La calprotectina fecal es un marcador muy sensible de EII; su elevación apoya la sospecha de organicidad en los cuadros abdominales, y obliga a perseverar en los estudios. La capsulo-endoscopia es una prueba poco invasiva que permite la visualización de todo el tracto digestivo y facilita el diagnóstico en casos complejos, como éste.

4. NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO. Orellana N, Ortega E, Marugán JM, Alonso C, Bermúdez I, Paz E, Tobar C, López M. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos. El objetivo del estudio ha sido analizar los datos referentes a la indicación y evolución de los pacientes de nuestro centro pertenecientes al registro de nutrición enteral domiciliaria (NEPAD), de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, en los últimos 7 años.

Métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo donde se incluyeron todas las nutriciones realizadas por sonda u ostomía en domicilio, así como fórmulas de composición definida como alimentación exclusiva por boca. Se valoraron principalmente diagnóstico, vía de acceso, fórmula utilizada, duración y motivo de suspensión del soporte nutricional. Se considera episodio cada nueva indicación, alta hospitalaria o cambio de vía de acceso. Se analiza la distribución de frecuencias de las variables cualitativas, y la media y desviación estándar de las cuantitativas, mediante el programa SPSS.

Resultados. Se registraron 47 episodios, correspondientes a 37 pacientes con una edad media de inicio de 4,08 años. Las patologías de base que hicieron necesario el soporte nutricional fueron principalmente neurológicas en el 35,1% de los casos, digestivas en el 24,3%, por trastorno deglutorio en el 10,8% y por alteración en la conducta alimentaria en el 8,1%. Como primera vía de acceso se utilizó una sonda nasogástrica en el 63,8% de los episodios, seguida de gastrostomía en el 25,5% y vía oral en el 8,5%. La pauta de infusión predominante fue mediante bolos en el 59,6% de los casos, seguida de fraccionada diurna+cíclica nocturna en el 14,9% y solo cíclica en el 10,6%. El 25,5% requirió

bomba de infusión. Las fórmulas enterales más usadas fueron polimérica pediátrica (27,7%) y especial para lactante (25%). En el 78,7% de los episodios se produjo la suspensión de la nutrición enteral domiciliaria con una media de duración de 0,93 años por alcanzar la alimentación oral completa como motivo más frecuente (53,2%) o bien por ingreso hospitalario (10%) o fallecimiento por la enfermedad de base (6,4%). El 21,3% de los pacientes registrados aún continúan con el soporte con una media de duración de 2,9 años.

Conclusiones. Los pacientes pediátricos que más se benefician de un soporte domiciliario son aquellos afectados principalmente de enfermedades graves neurológicas o digestivas crónicas, permitiendo mejorar su estado nutricional y calidad de vida, y reducir la estancia hospitalaria.

5. HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS CONGÉNITAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Garrote Molpeceres R¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Pino Vázquez MA¹, Álvarez Guisasaola FJ¹, Sánchez Abuín A², Molina Vázquez ME². *¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos. Las hernias diafragmáticas congénitas (HDC) son malformaciones severas que ocurren en 1 de cada 3000 nacidos vivos, suponiendo en España unos 100 casos/año. Se producen por un defecto en el desarrollo embrionario entre las 6 y 10 semanas de gestación, permitiendo la herniación de vísceras abdominales a la cavidad torácica, influyendo en el desarrollo pulmonar. El diagnóstico prenatal de las mismas se ha incrementado gracias al screening ecográfico prenatal. Su manejo pre y postnatal es controvertido debido a su baja prevalencia, heterogeneidad clínica y ausencia de protocolos estandarizados.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre los recién nacidos vivos afectados de HDC que fueron tratados en nuestro centro durante años 2011-2014.

Resultados. Durante el período estudiado se registraron un total de 5478 recién nacidos vivos y 3 casos de HDC. Predominio en varones 67% (2). Correspondieron con gestaciones a término un 67% (2). Se realizó diagnóstico prenatal en un único caso, que correspondió con un embarazo gemelar asistido mediante FIV, que recibió ciclo de maduración pulmonar con corticoides. No se encontraron otros factores de riesgo maternos. En un 67% (2) el parto fue por cesárea. Apgar al 1º minuto: Entre 4-6 en 67% (2) y > 8 en 33% (1). Promedio de peso al nacimiento 2403 gramos. Se intubó en paritorio a un paciente (diagnóstico prenatal), recibió CPAP otro y el último no precisó ningún tipo de reanimación inicial. Fueron intervenidos un 67% (2). En los

3 casos las HDC tuvieron una localización izquierda. Uno de los pacientes (diagnóstico prenatal) presentó shock cardiogénico con hipertensión pulmonar que contraindicó la cirugía y produjo su fallecimiento. Buena evolución de los otros dos. En ningún caso se encontraron otras malformaciones ni alteraciones cromosómicas asociadas. Mediana de días de estancia en UCI de 14 (rango 8-14).

Conclusión. La incidencia de HDC en nuestro centro es similar a la publicada en otras series. Se describe un predominio de casos en sexo masculino, encontrándose en un paciente antecedentes de gestación múltiple asistida, sin asociar otros factores de riesgo. El manejo fue quirúrgico en la mayoría de casos. Destacamos una escasa detección prenatal y una elevada morbimortalidad. Un diagnóstico precoz podría mejorar el pronóstico postnatal, favoreciendo nuestra anticipación y asistencia clínica programada.

6. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LA EDAD PEDIÁTRICA. González Pérez D, Garmendia Amunarriz M, Merayo Fernández L, Alkadi Fernández K, Suárez Alonso J, Palacios Sánchez M. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivos. La ingesta de cuerpos extraños es un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica. La mayor parte se eliminan de forma espontánea, precisando excepcionalmente extracción mediante endoscopia, broncoscopia o quirúrgica. Se analizan las características de los pacientes valorados en nuestro servicio de urgencias por ingesta de cuerpos extraños.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes menores de 14 años valorados en el servicio de urgencias de un hospital terciario durante el año 2014. Se registraron variables demográficas, clínicas y terapéuticas. Análisis de datos mediante el programa SPSS17.

Resultados. Se registraron 91 pacientes valorados por ingesta de cuerpos extraños, suponiendo el 0,22% de las urgencias totales. El 54,9% fueron mujeres, con una edad media de 4,7 años. En el 100% de los casos el mecanismo fue involuntario. En relación al cuerpo extraño ingerido, el 33% correspondieron a plásticos o pequeños juguetes; el 25,3% monedas y el 11% objetos punzantes. En menor medida se registraron pilas (6%), canicas (6%), objetos metálicos (5%), huesos (5%) o imanes (1%). El tiempo medio transcurrido desde la ingesta hasta su llegada a urgencias fue de 2,9 horas, encontrándose el paciente asintomático en un 64,8% de los casos. Un 24,2% presentó síntomas digestivos (sialorrea, vómitos, disfagia y dolor abdominal) y el 6,6% sintomatología respiratoria (tos y disnea). En un 59,3% de los casos se realizó Rx de tórax-abdomen; un 2,2% laringoscopia y el

36,3% de los pacientes no precisaron pruebas complementarias. Únicamente el 8,8% precisó ingreso hospitalario, con una duración media de 17,8 horas, siendo necesaria la realización de endoscopia digestiva alta en un 5,5% de los casos (para extracción de pilas/ imanes/ monedas), broncoscopia en un 3,3%, y laringoscopia indirecta en un 1,1%. El 98,9% de los pacientes no presentaron complicaciones.

Conclusiones. 1) El 68% de los pacientes atendidos por ingesta de cuerpo extraño son menores de 6 años. 2) El principal motivo de ingreso fue la necesidad de extracción mediante endoscopia digestiva alta o broncoscopia.

7. INVAGINACIÓN INTESTINAL ILEOILEAL ¿DIAGNÓSTICO CLÍNICO O ECOGRÁFICO? García Aparicio C¹, Zoido Garrote E¹, Guevara Caviedes LN¹, Puerta Pérez P¹, Muñiz Fontán M¹, Andrés Andrés A G¹, Hernández Díaz C², Ardelá Díez E². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción y objetivos. La invaginación intestinal es el prolapso de parte del intestino en la luz inmediatamente distal, dando lugar a obstrucción y/o sufrimiento de la pared intestinal, considerándose un proceso potencialmente grave. Es la causa más frecuente de obstrucción abdominal en niños de 3 meses a 6 años de edad. La localización más frecuente es ileocólica (70-90%) y la ileoileal no suele alcanzar el 10%. Nuestros objetivos son analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de invaginación intestinal y su tratamiento y determinar la frecuencia de invaginación ileoileal en nuestro medio.

Métodos. Revisión descriptiva retrospectiva de las historias clínicas de niños menores de 14 años diagnosticados de invaginación intestinal en el CAULE entre enero de 2013 y diciembre de 2014. Se analizan datos epidemiológicos generales, motivo de consulta, clínica digestiva y neurológica, tiempo de evolución, diagnóstico y actitud terapéutica.

Resultados. Se revisan 30 historias, 22 casos en 2013 y 8 en 2014. La edad media de presentación fue de 36 meses y la mediana de 2 años (rango 6 meses-10 años), con predominio por el sexo masculino 18/30 (60%). Estacionalidad preferente en invierno seguida de verano. Entre los antecedentes personales: 1 celiaco, 2 RGE, 1 EHP y 4 se habían invaginado previamente. Entre los principales motivos de consulta a urgencias destacan dolor abdominal 19/30 (63.3%), vómitos 6/30 (20%) y llanto e irritabilidad 4/30 (21%). La clínica digestiva predominante fue dolor abdominal 22/30 (73.3%) mientras que la triada de vómitos, dolor abdominal y rectorragia solo se presentó en 3/30 (10%) y se acompañaban de letargia 12/30 (40%). Se constató gastroenteritis en 1/30 (3.3%) e infección respiratoria de vías

altas en 9/30 (30%). El tiempo medio de evolución fue 21.8 horas (rango 2-120 horas). El diagnóstico fue clínico con confirmación ecográfica 19/30 (63.3%) y únicamente ecográfico en 11/30 (36.6%). La ecografía inicial confirmó 17 invaginaciones ileoileales y 7 ileocólicas, 4 sospechas de invaginación ileoileal y 2 de ileocólica. Ingresaron 14 en nuestro centro y 16 se trasladaron al hospital de referencia para valoración por cirugía pediátrica, donde se trataron con enema de aire o suero 4/16 (25%) y cirugía 1/16 (6.25%). Del total, 24 se mantuvieron en observación con control ecográfico, resolviéndose espontáneamente.

Conclusiones. Hemos detectado una frecuencia de invaginaciones ileoileales superior a la reportada en la literatura. Estos hallazgos probablemente estén en relación con una mejor capacitación del equipo radiológico y el fácil acceso ecográfico en nuestro centro, lo que nos permite detectar mayor número de invaginaciones transitorias.

8. REVISIÓN DE LOS PACIENTES NEFRECTOMIZADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO ENTRE LOS AÑOS 2009-2014. Garrote Molpeceres R¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Jiménez Jiménez P¹, Guillén Pérez MA¹, Rodríguez Boderó S¹, Pino Vázquez MA², Sánchez-Abuín A³, González García H¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos. Las nefrectomías en la infancia tienen unas indicaciones muy específicas. Su abordaje quirúrgico ha sufrido cambios en los últimos años, siendo publicados varios estudios que defienden un manejo laparoscópico, menos invasivo, como tratamiento de elección frente al abordaje clásico mediante cirugía abierta. Nuestro objetivo es estudiar las características de los pacientes nefrectomizados en nuestro centro.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes nefrectomizados en nuestro hospital durante los años 2009-2014. Revisión de las historias clínicas.

Resultados. Se computaron un total de 7 pacientes nefrectomizados en el periodo de estudio. El 71.4% (5) varones y un 28.6% (2) mujeres. Mediana etaria: 38 meses (8-112), media etaria: 44.7 meses. Sin antecedentes familiares de patología nefrourológica, salvo 1 paciente cuyo padre está afecto de litiasis renales. El 71.4% (5) fueron diagnosticados prenatalmente de hidronefrosis (60%, 3 pacientes) o riñón multiquístico (40%, 2 pacientes). El 28.6% (2) restante fueron diagnosticados de ectasia renal con RVU asociado en estudio ecográfico renal realizado en contexto de infección urinaria, siendo intervenidos mediante inyección endoscópica de Macroplastique®. Ninguno de ellos presentaba otros antecedentes patológicos de interés. En el 71.4% (5) la indicación quirúrgica fue la anulación funcional del riñón,

en el resto (28.6%, 2 pacientes) fue la recurrencia de infecciones urinarias facilitadas por acúmulo urinario en la ectasia renal con empeoramiento progresivo de la función de dicho riñón. En el 100% de casos se realizó intervención quirúrgica laparoscópica. En 2 casos (28.6%) se efectuó una heminefrectomía, en el resto (71.4%, 5 pacientes) nefrectomía completa; siendo resecado en 4 (57.1%) el riñón derecho y en el 42.9% el izquierdo. Mediana de estancia en UCIP: 1 día (1-3), mediana de estancia global hospitalaria: 4 días (4-6). A todos se les efectuó cobertura antibiótica con amoxicilina-clavulánico iv, presentando 3 pacientes (42.9%) fiebre o febrícula autolimitada, con estudio microbiológico negativo (hemocultivo y urocultivo). Todos los casos han evolucionado favorablemente, sin presentar complicaciones quirúrgicas y con buena función renal residual.

Conclusiones. A pesar de que nuestra serie es escasa, obtenimos resultados similares a las series publicadas, sin presentar complicaciones quirúrgicas tras la intervención laparoscópica, con menor tiempo de estancia hospitalaria y recuperación precoz, aunque puede requerir mayor tiempo quirúrgico y un aprendizaje específico. El abordaje laparoscópico para la cirugía renal en pacientes pediátricos es un procedimiento factible, seguro y eficaz que debe ser considerado como la primera opción para el tratamiento de la patología benigna en este grupo de población.

9. ¿QUÉ HACEMOS CON LAS ANOMALÍAS URACALES? REVISIÓN DE NUESTROS CASOS. Reguera Bernardino J¹, Moro de Faes G¹, Gálvez Criado R¹, Aparicio García C¹, Fernández Fernández M¹, Pinedo E², Ardela E³, Rodríguez Fernández LM¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Introducción y objetivos. El uraco es un remanente del alantoides situado en línea media que se extiende desde el ápex de la vejiga hasta el ombligo. Su evolución natural es hacia la obliteración completa durante o una vez finalizada la gestación. Las anomalías del uraco son infrecuentes. La mayoría se mantienen asintomáticas y se diagnostican de forma casual al hacer una prueba de imagen por otro motivo o ante la aparición de complicaciones infecciosas. No hay consenso en cuanto a la actitud terapéutica. El objetivo de nuestra revisión fue analizar una serie de casos de pacientes diagnosticados de patología uracal para conocer la forma de presentación clínica y manejo habitual en nuestro medio.

Métodos. Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes que diagnosticados de anomalías del uraco en el servicio de Pediatría de nuestro hospital entre Julio 2010 y Octubre 2014. Se

analizaron: datos epidemiológicos, antecedentes personales, patología nefrourológica asociada, edad y cuadro clínico al diagnóstico, pruebas complementarias realizadas y actitud terapéutica.

Resultados. Se diagnosticaron de anomalías del uraco un total de 11 pacientes (6 varones y 5 mujeres) con una mediana de edad al diagnóstico de 8 años. Solo 1 fue diagnosticado en el periodo neonatal al apreciarse emisión de orina por el ombligo coincidiendo con la micción. En 4 (36,36%) se llegó al diagnóstico por patología umbilical siendo los cuadros clínicos de presentación: onfalitis, secreción umbilical persistente, emisión de orina por el ombligo y absceso intraperitoneal. En los 7 pacientes restantes (63,63%) se llegó al diagnóstico de forma incidental al realizar una ecografía ante dolor abdominal recurrente. En 3 el dolor abdominal se resolvió de forma espontánea. Las anomalías uracales detectadas fueron 4 quistes uracales, 5 senos uracales, 1 seno vesicouracal y 1 persistencia del uraco. Se realizó cistouretrografía miccional seriada (CUMS) en 6. Ningún paciente asociaba patología nefrourológica. Se solicitó interconsulta con cirugía en 5 pacientes, optando por actitud expectante en todos ellos. Uno presentó desaparición de la imagen ecográfica de la alteración uracal de forma espontánea sin precisar cirugía.

Conclusiones. Más de la mitad de nuestros pacientes se diagnosticaron de forma incidental y ninguno precisó tratamiento quirúrgico. En nuestro medio se tiende a seguimiento clínico y ecográfico del paciente mientras no haya complicaciones. El manejo de las anomalías del uraco asintomáticas es muy controvertido. La degeneración maligna del uraco es muy poco frecuente y no parece justificar su exéresis quirúrgica.

10. MANEJO DEL PECTUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA A MEDIO PLAZO. Hernández Díaz C, Ruiz Hierro C, Lorenzo G, Chamorro Juárez R, Ortega Escudero M, Ardela Díaz E, Gutiérrez Dueñas JM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción y objetivos. Las malformaciones congénitas de la pared torácica son un grupo heterogéneo de patologías que pueden afectar a cualquiera de las estructuras osteo-car-

tilaginosas que lo conforman. El Pectus excavatum (PE) es la malformación más frecuente, seguida por el Pectus carinatum (PC). En ambos casos, la deformidad se debe a una alteración congénita de los cartílagos costales que desplazan al esternón en sentido posterior o anterior respectivamente. La deformidad estética y su repercusión psicológica, son las principales indicaciones de corrección quirúrgica; además del compromiso cardiorrespiratorio, menos frecuente. La edad óptima para la cirugía está entre los 12 y los 14 años de edad.

Métodos. Revisamos de manera retrospectiva los pacientes con diagnóstico de pectus valorados desde el año 2008 hasta el 2014.

Resultados. Han sido valorados 216 pacientes con diagnóstico de pectus; todos de Castilla y León o La Rioja; la mayoría de Burgos (41%), seguidos de León (27%) y Palencia (19%). El 76% de los pacientes fueron varones. La edad media en la primera visita en consultas fue de 8 años (rango 1-23 años). En el 42% de los casos el diagnóstico fue PE y en el 58% PC. La deformidad fue simétrica en la mayoría de los casos (57%) y, en cuanto a severidad: severos el 9%, moderados el 23% y leves el resto, 68%. El 38% de los pacientes tenía antecedente familiar de pectus. Solo el 17% presentaba clínica y el 16% asociaba escoliosis. Los pacientes fueron valorados bianualmente hasta los 12 años, posteriormente, anualmente hasta la finalización del desarrollo puberal. Del total de pacientes valorados, fueron intervenidos 46 (21%). La mediana de edad en el momento de la intervención fue de 14 años. La técnica quirúrgica realizada es la toracoplastia abierta de Welch modificada. No hubo complicaciones intraoperatorias. Las complicaciones a corto plazo fueron 4 (seroma); a largo plazo, 11 cicatrices queloides y 2 dismorfias condrales. El resultado estético fue valorado por los pacientes como satisfactorio en el 91% de los casos. La mortalidad en nuestra serie es cero.

Conclusiones. En nuestra serie, el PC es la deformidad más frecuente. Solo se realizó corrección quirúrgica en el 21% de los casos, el resto, continúa en seguimiento o ha sido dado de alta tras el desarrollo puberal. La toracoplastia abierta es una técnica de mínima incisión, no invasiva, que ofrece buenos resultados estéticos, con escasa morbilidad y mortalidad nula.