



Sociedad de Pediatría
de Madrid y Castilla - La Mancha

XVI Reunión anual de la SPMYCM



Albacete, 13 y 14
de mayo de 2011

LIBRO DE RESÚMENES

Edita:



Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha
C/ Cea Bermúdez, 39, bajo
28003 Madrid
Tfno.:/ Fax: 91 435 80 31
Email: spmycm@mcmpediatria.org
WEB: www.mcmpediatria.org

@ Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha

Coordinación Editorial:



Fundación General de la Universidad de Alcalá
Departamento de Congresos
c/ Imagen, 1 – 3. 28801 Alcalá de Henares. Madrid
Tfno.: 91 879 74 30 Fax: 91 879 74 55
Email: congresos@fgua.es

INDICE

| | Pag. |
|---|-------|
| XVI Reunión de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla – La Mancha | |
| 1. 1ª Mesa de Actualización en Pediatría | 5.- |
| 2. 2ª Mesa de Actualización en Pediatría | 29.- |
| 3. Conferencia de Clausura | 53.- |
| 4. Talleres | 61.- |
| 5. Comunicaciones en formato poster | 79.- |
| • Neuropediatría | 81.- |
| • Gestión | 93.- |
| • Enfermedades infecciosas | 97.- |
| • Pediatría Social | 105.- |
| • Cirugía Pediátrica | 111.- |
| • Reumatología | 117.- |
| • Pediatría General | 125.- |
| • Neonatología | 141.- |
| • Endocrinología | 155.- |
| • Gastroenterología | 165.- |
| • Cuidados intensivos | 173.- |
| • Urgencias | 181.- |
| 6. Relación de Comunicaciones Formato Poster según los moderadores de cada sesión | 189.- |

1ª Mesa de Actualización en Pediatría

Atención inicial al recién nacido a término

Dr. Andrés Martínez Gutiérrez

Calendario quirúrgico pediátrico

Dr. Jerónimo González Piñera

Dermatología: Exposición a la luz solar, riesgos y beneficios

Dr. Lorenzo Juan Pérez García

Dr. Alberto Vidal Comany

ATENCIÓN INICIAL AL RECIÉN NACIDO A TÉRMICO. ¿CAMBIAMOS PARA MEJORAR?

Andrés Martínez Gutiérrez

Jefe Sección Neonatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Durante los últimos años la atención preferente de la neonatología se ha orientado hacia la asistencia de los recién nacidos más prematuros, consiguiendo una sostenida mejora en las tasas de supervivencia de los recién nacidos más pequeños. Han surgido grupos como el SEN1500, que han agrupado a muchos de los hospitales españoles en una red que a través del registro detallado de las casuísticas de estos centros nos ha permitido conocer a cada centro nuestra situación y comparar la calidad de nuestros resultados con los de los restantes centros de nuestro entorno y aún de otros grupos de trabajo extranjeros.

Sin embargo los recién nacidos pretérmino representan el 10-11% de todos los recién nacidos y los menores de 1500 g. el 1% de los recién nacidos totales, por lo que nuestras actuaciones sobre estos grupos si bien decisivas para mejorar nuestra asistencia, no pueden ser nuestro único objetivo.

Es por esto por lo que he considerado oportuno centrar esta comunicación en aspectos que por afectar a la mayoría también deberían ser nuestra principal preocupación.

Desde que en la década de los 60 se generaliza en nuestro país la atención al parto y al recién nacido en un entorno medicalizado dentro de los hospitales, se ha producido una significativa disminución de la tasa de Mortalidad Perinatal, disminuyendo desde 36 por mil hasta 5-6 por mil¹. Este avance objetivo y consolidado no ha sido gratuito sino el resultado de un avance tecnológico y profesional y no debe someterse a ningún riesgo sin sopesar antes las magnitudes de dicho riesgo.

Durante los últimos años tras alcanzar los avances referidos en mortalidad Perinatal, se ha hecho evidente la conveniencia de humanizar en la medida de lo posible nuestras actuaciones profesionales, buscando un entorno más grato y en la medida de lo posible personalizado, para la atención al parto y al recién nacido. Fruto de este convencimiento general se han sometido a revisión muchas de las actuaciones que sin someterse a una evaluación científica adecuada, en cuanto a su pertinencia en términos de mejora de la asistencia, habíamos incorporado a nuestra práctica y así importantes guías de práctica médica han demostrado la futilidad de algunas de nuestras actuaciones, por lo que ante las molestias que ocasionan al paciente sin beneficio clínico demostrado se ha aconsejado se supriman de nuestra práctica clínica habitual. Esta sistemática de evaluación y reconsideración de lo admitido, con el simple aval de la práctica, aporta sin duda mejoras a nuestro quehacer, pero corremos el riesgo de en esta “desmedicalización o desinstrumentalización” de la asistencia al parto y al recién nacido caer en una consideración de que todo lo “natural” es mejor, sin antes someterlo nuevamente a la crítica, cuando la historia ha demostrado que las prácticas “naturales” no medicalizadas ni instrumentadas de pasados siglos llevaba de la mano mortalidades maternas y perinatales hoy inaceptables.

Centraremos nuestra exposición en dos tendencias actuales de muy distinto signo y con muy distinta evidencia científica que aunque totalmente distintas y no asociadas, parece se nos presentan no sólo con argumentos científicos o pseudocientíficos, según el caso, sino también con una alta carga social o cultural. El parto domiciliario y la ligadura demorada del cordón umbilical.

Parto domiciliario:

Durante los últimos años se ha iniciado un debate público en nuestro país y especialmente en algunos grupos de opinión, sobre la conveniencia de ofertar a las gestantes la posibilidad de una atención al parto, cuando este sea considerado de bajo riesgo, en el domicilio familiar; siguiendo las corrientes actualmente existentes en otros países de nuestro entorno donde el parto domiciliario alcanza porcentajes variables pero significativamente superiores al existente en nuestro país. Así en Australia el 0,2%⁸ de los partos son domiciliarios, en USA el 0,5 %², en Inglaterra y Gales el 2%³, en la Columbia Británica (Canada) el 22%⁴ y en Holanda el 60%⁵ de los partos de bajo riesgo se atienden en domicilio. Esta distinta prevalencia del parto domiciliario se acompaña de una paralela posición diferenciada de las distintas sociedades científicas de estos países; así mientras en USA la ACOG se posiciona en contra de dicha asistencia domiciliaria desde 2009, por considerar no se garantizan la seguridad la madre y el recién nacido⁶ y de nuevo recientemente advierte contra los riesgos para la salud del RN en febrero de 2011⁷, la *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* considera el parto domiciliario una alternativa válida en las gestaciones de bajo riesgo². Otras sociedades como *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* se posicionan recientemente contra el parto domiciliario⁸. Mientras la *Society of Obstetricians and Gynaecologists* de Canadá⁹, reconocen la necesidad de nuevos estudios. Las asociaciones de matronas del Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y Canadá en cambio se muestran favorables a la elección del parto domiciliario como una opción para la gestante.

En España la Asociación Española de Pediatría a través de la Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología en su documento de “Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento”¹⁰, reconoce el carácter impredecible de las posibles complicaciones para la madre y el recién nacido inherentes al parto y aconseja el parto hospitalario: “El nacimiento de un RN sano sin factores de riesgo debe realizarse en un medio hospitalario que garantice la asistencia especializada en caso de la aparición de situaciones inesperadas que compliquen el parto” con “moderada evidencia”. De igual manera se expresa recientemente aunque de forma no explícita la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología en 2008, en su documento de “Recomendaciones al parto normal”¹¹

La mayoría de las publicaciones y asociaciones científicas reconocen la falta de datos concluyentes sobre los resultados obtenidos en el parto domiciliario en comparación al parto hospitalario, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios publicados. Esta falta de evidencia ha venido a ser cubierta por el reciente metanálisis publicado en la prestigiosa revista *American Journal Obstetrics and Gynecology* en 2010 por Wax basado en 12 estudios publicados entre 1984 y 2009, con un total de 342.056 partos planeados en domicilio versus a 207.551 partos planeados en hospital, en el que destaca el gran peso del estudio publicado por deponga con un total de 529.688 partos de bajo riesgo analizados en Holanda. Esta revisión

muestra un incremento del riesgo de mortalidad neonatal del 200% (OR = 1,98; 1,19- 3,28) para el parto domiciliario y aun de hasta el 300% en el caso de RN sin malformación evidente² (OR = 2,87; 1,32-6,25). En este mismo artículo de revisión se advierten resultados significativos a favor del parto planeado en domicilio respecto a distintas variables referente a la salud materna: práctica de episotomía (OR = 0,26), instrumentación en el parto (OR = 0,26), realización de cesárea (OR = 0,42), laceración > 3º grado (OR = 0,38), infección (0,27), hemorragia (OR = 0,66), laceración perineal (OR = 0,76), laceración vaginal (OR = 0,85), retención de placenta (OR = 0,65). Los porcentajes de mujeres que precisaron traslado a hospital en el curso de parto oscilaron en las mujeres con partos previos entre 1,9% y 8,7% en los 3 estudios que reportaron este dato, mientras en las nulíparas dicho porcentaje osciló entre 9,7% y 36,7% en los 3 estudios que aportan dicho dato. Dos estudios sólo admitieron para parto domiciliario mujeres con partos anteriores.

El referido documento debe sustituir como fuente de evidencia a la débilmente aportada por la revisión Cochrane de 1998¹², en la que en base a los resultados de un solo estudio publicado en 1996 con un pequeño número de casos, no consigue demostrar diferencias en los resultados del parto domiciliario frente al parto hospitalario. Esta revisión es el único documento de evidencia aportado por recientes guías publicadas en nuestro estado “Guía Asistencia al Parto en Casa editado por el Colegio de Enfermería de Barcelona” en las que se reconocen unos resultados similares de ambos tipos de actuaciones¹³. Esta misma guía sobre la atención al parto destaca un 13% de traslados en curso de parto en el estudio Titània-Tasco a un medio hospitalario sobre un total de 87 partos programados y del 36 % para el año 2007 en el estudio Migjorn sobre un total de 96 mujeres atendidas en dicho año.

En España los recientes datos estadísticos demuestran una progresiva y sostenida disminución de la mortalidad Perinatal desde el año 1965 hasta el momento actual, pasando dicha cifra de 35 a 5 por mil¹ (Gráfico nº 1), disminución que coincide de forma aproximada con la generalización del parto hospitalario como alternativa segura y eficiente a la anterior práctica del parto domiciliario, en base a este hecho y las recientes evidencias sobre el mayor riesgo del parto domiciliario para la vida del recién nacido y desde el obligado respeto a cualquier otra opción, los pediatras estamos obligados a informar de la mayor seguridad y calidad de los resultados obtenidos para el recién nacido con la atención hospitalaria del parto.

Ligadura del cordón umbilical.

Las recientes guías para el cuidado y atención del recién nacido sano publicados por la AEP¹⁰ establecen las siguientes recomendaciones: 1ª El pinzamiento tardío, tras 2 o 3 min. o cuando cesa el latido, aumenta el nivel de hierro en los RN sanos. 2ª Esta actitud es recomendable cuando sea posible un buen control y un seguimiento con posibilidad de tratamiento de la ictericia neonatal (A).

Estas recomendaciones coinciden con las formuladas en la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al parto Normal” elaborada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010¹⁴, que textualmente dice: Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (A) Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical (B). También la SEGO¹¹ en sus últimas “Recomendaciones sobre la asistencia al parto” dice: “Si fuera posible, esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo” Por otra parte la OMS¹⁵ en su guía del parto normal de 1996 establece

que no existe evidencia .para recomendar el clampaje precoz del cordón umbilical, mientras en su documento de 2007 para la prevención de la hemorragia postparto recomienda el clampaje a los 3 minutos, admitiendo el clampaje precoz si el RN está asfixiado y precisa reanimación¹⁶.

Recientemente, 2009 la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*¹⁷. Si bien aconseja el clampaje tardío en el RNPT por su efecto demostrado de disminuir la HIV en dicho grupo, aconseja sopesar dicha actuación en el RNT frente al mayor riesgo de ictericia y necesidad de tratamiento con fototerapia. De forma similar el *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*¹⁸ reconoce un efecto beneficioso del clampaje tardío sobre los valores de Hb y ferritina, manteniéndose el efecto para la ferritina hasta el 6º mes, también reconoce un aumento en la necesidad de tratamiento con fototerapia por ictericia con un NNT de 50.

En cualquier caso la evidencia científica que soporta estas recomendaciones se basa en dos potentes metanálisis el realizado por la Fundación Cochrane y publicado en 2008¹⁹ cuyos resultados más significativos para el RN, tras comparar los resultados del clampaje precoz versus al realizado tras al menos 60 segundos del nacimiento, fueron: “Después del nacimiento, hubo un aumento significativo de recién nacidos que necesitaron fototerapia para la ictericia (RR 0,59; IC del 95%: 0,38 a 0,92; cinco ensayos con 1762 lactantes) en el grupo de clampeo tardío, comparado con el grupo de clampeo precoz. Este hecho fue concomitante con los aumentos significativos de los niveles de hemoglobina neonatal en el grupo de clampeo tardío del cordón umbilical, en comparación con el clampeo precoz (diferencia de medias ponderada 2,17 g/dl; IC del 95%: 0,28 a 4,06; tres ensayos con 671 lactantes), aunque este efecto no persistió después de los seis meses. Los niveles de ferritina permanecieron más elevados en los grupos de clampeo tardío que en los grupos de clampeo precoz a los seis meses” mientras en el comentario de los autores se expone: “Además, el clampeo tardío del cordón umbilical puede ser ventajoso para el recién nacido al mejorar el estado del hierro que puede ser de valor clínico, particularmente en los recién nacidos que no tienen acceso a una buena nutrición, aunque el clampeo tardío aumenta el riesgo de la ictericia que requiere fototerapia”.

El otro gran metanálisis es el publicado en 2007 en la revista JAMA, por Hutton EH²⁰ que destaca las ventajas sobre el nivel de Hb y ferritina para el clampaje tardío, considerado como tal aquel efectuado 2 minutos tras el parto, mientras no encuentra aumento en la cifra de bilirrubina ni en la necesidad de tratamiento con fototerapia y si en la tasa de poliglobulia asintomática. Respecto a la influencia de la duración de la demora en el clampaje del cordón, aunque no evaluada en trabajos controlados si sabemos que el 80% de la transfusión placentar-fetal se produce durante el primer minuto de demora²¹.

De esta revisión y a título personal la conclusión es que debemos preocuparnos más por la introducción del clampaje tardío en el RNPT por sus beneficios en términos de salud demostrados mientras en el RNT, en nuestro medio, con un fácil acceso a una buena nutrición el clampeo tardío no parece una opción tan claramente aconsejada por su efecto sobre la ictericia en una población donde el alta precoz es práctica habitual a no ser que se asegure un control óptimo de la misma.

Bibliografía

1. Datos Básicos de la Salud y los Servicios Sanitarios en España. Instituto de Información Sanitaria. Información 2003:
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Datos_basicos_salud.pdf.
2. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al. *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:243.e1-8.
3. Cresswell JL, Stephens E. *Home births*. London (UK): Royal College of Obstetrics and Gynaecologists and Royal College of Midwives; 2007. Joint statement No.2, Available: www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/home-births (accessed 2009 July 31).
4. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*. CMAJ 2009; 181:377-83.
5. de Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk S. *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*. BJOG 2009; 116:1177–1184.
6. *American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement of policy: home births in the United States*. Available at: http://www.acog.org/publications/policy_statements/sop0705.cfm. Accessed Jan. 27, 2009.
7. *Planned home birth*. Committee Opinion No. 476. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2011; 117:425–8.
8. *Home Births. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*. College Statement C-Obs 2. 2009.
<http://www.ranzcog.edu.au/publications/statements/C-obs2.pdf>
9. *Joint Policy Statement on Normal Childbirth*. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(12):1163–1165
10. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Sánchez Luna M, Pallas Alonso CR, Botet Mussons F y col. An Pediatr (Barc).2009; 71(4):349–361
11. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO 2008.
http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
12. Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

13. Guía de asistencia al parto en Casa. Barcelona 2010. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 2010.
http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CASA_LLARGA.PDF
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
15. *Care in Normal Birth: a practical guide. Department of Reproductive Health and Research* WHO Geneva. WHO/FRH/MSM/96.24
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
16. *WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage.* Geneva: World Health Organization; 2007.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf
17. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. SOGC Clinical Practice Guideline N° 235, JOGC Octubre 2009.
<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui235CPG0910.pdf>
18. *Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusión. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist Scientific Advisory Comite Opinion Paper* 14 May 2009.
<http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/uploadedfiles/SACPaper14ClampingUmbilicalCord09.pdf>
19. McDonald Susan J, Middleton Philippa. Efecto del momento de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. *Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials.* Hutton EK, Hassan ES. *JAMA*. 2007;297(11):1241-1252
21. Abalos E. *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes: RHL commentary (last revised: 2 March 2009).* *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.

CALENDARIO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO

Jerónimo González Piñera

Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

El calendario quirúrgico pediátrico es una guía que ofrece al pediatra, médico de familia y padres una orientación acerca del momento idóneo de realizar un tratamiento quirúrgico en el niño. Como toda guía está sujeta a modificaciones y variaciones dependiendo de las preferencias y carteras de servicios de las distintas unidades de cirugía pediátrica de nuestro país, además de las preferencias personales de cada cirujano. Pero es una herramienta muy útil no sólo para derivar correctamente al niño al cirujano, sino para unificar criterios de intervención en las unidades y entre las mismas. Qué duda cabe que el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, los avances médicos, anestésicos y quirúrgicos modifican los tiempos óptimos de tratamiento de las patologías. Por tanto, el calendario quirúrgico no debe ser una herramienta rígida sino una ayuda adaptable a las necesidades cambiantes de la propia patología individual del niño, de la sociedad y de los aspectos científico técnicos de cada momento.

| RECIÉN NACIDO (< 1 MES) | |
|-------------------------------------|---|
| Anquiloglosia | Al diagnóstico. |
| Atresia anorectal | Malformaciones bajas: Al diagnóstico; altas: colostomía de RN, corrección a las 4 semanas, cierre de colostomía 2 m después. |
| Atresias intestinales | Al diagnóstico. |
| Atresia de vías biliares | Al diagnóstico. |
| Enfermedad de Hirschsprung | Puede realizarse el descenso endorectal en el lactante. Si complicaciones, colostomía con corrección definitiva al año. |
| Enfisema lobar congénito | Al diagnóstico. Puede demorarse si paciente asintomático. |
| Malformación adenomatoidea quística | |
| Hernia diafragmática congénita | Al diagnóstico. |
| Enterocolitis necrotizante | Al diagnóstico. |
| Malrotación intestinal | Al diagnóstico. |
| Mielomeningocele /Meningocele | Al diagnóstico. |
| Onfalocele y Gastrosquisis | Al diagnóstico. |
| Ureterohidronefrosis neonatal | Al diagnóstico. |
| Extrofia vesical | Dentro de la primeras 24-48 horas de vida |

| LACTANTE (1 A 23 MESES) | |
|----------------------------------|--|
| Criptorquidia | 12-18 meses |
| Estenosis de píloro | Al confirmar el diagnóstico |
| Labio leporino y fisura palatina | Labio: 3-6 meses. Paladar blando: 12 meses. Paladar duro: 2-4 años. |

| | |
|---------------------------|--|
| Hernia inguinal | Al diagnóstico. |
| Hipospadias | Si meatoestenosis, meatotomía al diagnóstico Entre 6 y 12 meses, dependiendo tipo |
| Epispadias | 12 meses |
| Invaginación intestinal | Urgencia al diagnóstico |
| Linfangiomas | Depende localización y clínica. Compromiso vía aérea, al diagnóstico |
| Riñón multiquístico | 6 meses - 1 año según evolución |
| Macroglosia | Al cumplir el año |
| Fibromatosis colli | Al año |
| Fístulas branquiales | Entre 1-2 años |
| Apéndice preauricular | A partir de los 6 meses |
| Malformaciones vasculares | Capilares > 2 años. Linfáticas: 2-6 meses Al diagnóstico, según evolución |

| PREESCOLAR (2 A 5 AÑOS) | |
|--------------------------------|---|
| Divertículo de Meckel | Al confirmar el dx |
| Fimosis | Por encima de los 5 años. Tratamiento tópico previo. |
| Fístulas branquiales | 2 años |
| Hernia epigástrica | Mayores de 5 años si producen sintomatología |
| Hernia umbilical | Mayores de 5 años si diámetro > 1,5-2 cm |
| Hernia inguinal | Al diagnóstico |
| Hidrocele / Quiste de cordón | > 2 años |
| Reflujo gastroesofágico | 2-4 años, según síntomas |
| Reflujo vésicoureteral | Grados I a III: Tratamiento médico. Grados IV-V: > de 1 año, tratamiento endoscópico. |
| Criptorquidia | Al año |
| Hernia hiatal | 3-4 años según evolución, antes si provoca patología respiratoria |
| Frenillo labial superior | Tras completarse dentición definitiva (erupción de los caninos definitivos) si causa y mantiene separación de incisivos centrales ó un pliegue del labio hacia afuera o hacia adentro |
| Frenillo labial inferior | Si favorece retracción gingival o dificulta el control de la placa bacteriana |

| ESCOLAR (6 A 12 AÑOS) | |
|------------------------------|--|
| Orejas procidentes | Antes de la escolarización. Repercusión psicológica escasa en edad escolar. Se debe realizar cuando el desarrollo del pabellón esté completado (>7 años) |
| Pectus excavatum y carinatum | >7 años |

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Varicocele | >10 años según clínica y grado |
| Atrofia renal | >7 años, laparoscopia. |
| AL DIAGNÓSTICO | |
| Quistes dermoides (cola de ceja) | Divertículo de Meckel si clínica |
| Válvulas de uretra. | Quistes umbilicales |
| Quistes del conducto tirogloso | Persistencias de uraco |
| Secuestro pulmonar | Quistes perineales |
| Estenosis de meato | Hernia crural |
| Pólipo rectal | Himen imperforado |
| Senos preauriculares | Sinequia de labios menores |
| Válvulas de uretra | Dedo en resorte |
| Quistes branquiales | |

| | |
|-----------------|--|
| OTROS | |
| Nevus congénito | > 5 cm: al dx. < 5 cm: valoración por dermatología. >2 años |
| Angiomas | Los pequeños se resuelven espontáneamente. Otros se puede probar con esteroides. Involución a partir de los 6 meses. A los 10 años desaparecen el 100% |

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| POSIBLE CIRUGÍA FETAL | |
| Hernia diafragmática | Válvulas de uretra posterior |
| Hidronefrosis | Teratomas sacrococcígeos |
| Hidrocefalia | Mielomeningoceles |
| Labio leporino | Onfaloceles, Gastrosquisis |

Bibliografía:

- Calendario quirúrgico. Disponible en la página de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica: www.secipe.org
- Sandoval F, González EM, De Diego García I, Fernández Jiménez. Sección Cirugía Pediátrica. H U Marqués de Valdecilla, Santander. "Calendario quirúrgico en Pediatría". Bol Pediatr 2001; 41: 78-82
- E.M. de Diego García, I. Fernández Jiménez, A. Sánchez Abuín. "Cirugía programada. Calendario quirúrgico". Pediatr Integral 2006;X(9):607-613.
- I. Cano Novillo, A. García Vázquez, D. Delgado Muñoz, M. López Díaz. "Calendario quirúrgico". Pediatr Integral 2002;6(10):863-872.
- Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Frenillos labiales. Sergio Ramírez Varela. Elena Gómez García. Jaime Bonet Marco

- Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Labio leporino. Tratamiento primario. Ignacio Zubillaga Rodríguez. Ana Romance García. Benito Ramos Medina. Elena Gómez García

Palabras clave: calendario quirúrgico, pediatría.

DERMATOLOGÍA: EXPOSICIÓN A LA LUZ SOLAR, RIESGOS Y BENEFICIOS

Exposición a la luz solar, riesgos

Lorenzo Pérez García
Hospital General Universitario de Albacete.

Dermatología: exposición a la luz solar, riesgos

Dado que el espectro de acción ultravioleta que produce el daño del ADN que conduce a cáncer de piel y el que induce la fotosíntesis de la vitamina D son prácticamente idénticos, los efectos perjudiciales y beneficiosos de la radiación ultravioleta son inseparables.

La exposición al sol que precisamos para producir vitamina D, es mínima, se consigue con dosis suberitematógenas y no debe de servir de argumento para una exposición solar inadecuada.

Aunque se ha abandonado la creencia de que la exposición solar esta relacionada con un aumento de la salud general, circunstancia que ha supuesto una disminución de exposición gratuita en la infancia, desgraciadamente, la sociedad sigue manteniendo que la piel bronceada es estéticamente atractiva, mensaje acogido por los adolescentes con un entusiasmo que resulta peligroso.

La radiación ultravioleta tiene un efecto acumulativo en piel que condiciona daños, siendo la exposición en edad pediátrica responsable en gran medida de los mismos.

El estrato corneo de la piel, gracias a la queratina, refleja o absorbe en gran proporción las longitudes de onda por debajo de 300 nm. La capa de Malpighi recibe sólo pequeñas cantidades de UVC, grandes cantidades de UVB, UVA y luz visible, absorbiéndose en ella un 20% de UVA y un 10% de luz visible. A la dermis llegan abundantes radiaciones UVA y luz visible, de las cuales sólo la luz roja llega a tejido subcutáneo.

Es en la dermis donde las radiaciones que penetran inician las reacciones fotoquímicas que producen cambios fisiológicos y reacciones anormales. La penetración y la respuesta provocada dependen de factores individuales, raciales (fototipo), regionales (altitud) y estructurales (grosor de la capa córnea, cantidad y distribución de la melanina).

La exposición de la piel a longitudes de onda de alrededor de 300 nm, produce un engrosamiento de la epidermis a expensas del estrato córneo.

El sol como carcinógeno

La radiación ultravioleta es un carcinógeno bien documentado en humanos y está indiscutiblemente unida al continuo aumento de las tasas de cáncer de piel.

Para un niño y un adolescente resulta muy complicado y poco entendible relacionar la exposición solar excesiva con envejecimiento y cáncer ya que son fenómenos que se perciben como evidentes pero a unas edades demasiado alejadas de su realidad.

Cáncer no melanoma

El carcinoma basocelular es la malignidad más frecuente en caucásicos y aunque su mortalidad es escasa, su morbilidad es importante.

El carcinoma espinocelular es la otra neoplasia maligna no melanoma más frecuente, representa una cuarta parte de la incidencia del carcinoma basocelular pero tiene capacidad de dar metástasis. Ambos están directamente relacionados, con la cantidad de sol recibido a lo largo de la vida e inversamente con la pigmentación constitutiva del individuo.

Melanoma

Todavía es más complicado concienciar al niño y al adolescente con un hecho aun menos objetivable que el anterior, el aumento de riesgo de melanoma, incluso a edades tempranas, relacionado con el exceso de exposición solar.

Con respecto a la incidencia de melanoma, es importante considerar en su epidemiología tanto el tiempo acumulado de exposición (un aumento del 10% de horas al aire libre se asoció con el 5,8% de aumento de casos), como la exposición aguda intermitente (el número de quemaduras solares acontecidas a lo largo de la vida del individuo está en relación con el riesgo de desarrollar melanoma). También hay que considerar la precocidad en la exposición, con una pigmentación constitutiva similar, los niños nacidos en Australia en un entorno de alta radiación solar tienen más riesgo de desarrollar melanoma a lo largo de su vida que los que migran de otros países hacia esa comunidad a la edad de 10 años.

Fotoenvejecimiento

Junto al envejecimiento condicionado por la edad existe una alteración cutánea fotoinducida que se inicia con las primeras exposiciones y se manifiesta clínicamente sobre los 35 años.

Las radiaciones ultravioleta alteran factores de transcripción (AP-1 y AP-MMP-1 regulado por metaloproteinasas), enzimas que intervienen en la síntesis de proteínas estructurales, ADN y producen estrés oxidativo.

Factores que potencian el daño solar

Existen una serie de circunstancias (tabla 1) que aconsejan un especial cuidado con respecto a la exposición al sol ya que hay elementos que aumentan el riesgo de daño, entre los mismos destacamos los factores genéticos predisponentes (Xeroderma Pigmentoso,

Albinismo, Epidermodisplasia Verruciforme, Síndrome del nevus Basocelular), las enfermedades que cursan con fotosensibilidad, la inmunosupresión, la concurrencia de exposición a otros carcinogénicos, el uso de fármacos no adecuados, las infecciones por algunos virus (virus del papiloma humano, VIH).

Factores que minimizan el daño solar

Entre las circunstancias que hemos de considerar para conseguir una exposición solar razonable hemos de tener en cuenta, el horario de exposición solar, la educación de niños y adolescentes y el uso correcto de cremas protectoras solares.

Fuentes de luz externa

Las cabinas de bronceado son fuentes de luz artificial que se utilizan profusamente, empleando en muchos casos el falso argumento de que son fuente de salud. En Estados Unidos se calcula que cada año 2,3 millones de adolescentes utilizan esta fuente de radiación. Más de 20 estudios de casos controles han investigado el uso de lámparas de luz ultravioleta y su posterior relación con melanoma, concluyendo que están correlacionados. Un metanálisis de 19 estudios que relacionan el hábito del bronceado artificial y el riesgo de melanoma, concluye que este está aumentado, siendo el peligro mayor si la exposición se inicia antes de los 35 años.

El uso de fuentes de luz externa parte de un presupuesto perverso, se pretende conseguir por motivos estéticos, una reacción fisiológica defensiva de nuestra piel. El establecimiento del paraguas del bronceado en epidermis es inducido ante el paso de radiación a dermis que se interpreta como agresiva por nuestros sensores biológicos porque ha producido un daño celular que debemos evitar.

Se da la siguiente paradoja: el usuario hace un desembolso de tiempo y de dinero sometiéndose a luz artificial en cabinas de bronceado y al mismo tiempo se administra cremas fotoprotectoras como barrera ante la radiación ultravioleta. Esta actitud, ilustra una mala educación sanitaria al respecto, que educadores y personal sanitario deben de corregir.

Bibliografía

1. Almahroos A, Amal D, Kurban K. *Sun Protection for Children and Adolescents*. Clinics in Dermatology. 2003;21:311–314
2. Attia EA, Seada LS, El-Sayed MH, El-Shiemy S M. *Study of telomerase reverse transcriptase (hTERT) expression in normal, aged, and photo-aged skin*. International Journal of Dermatology 2010, 49, 886–893.
3. Narayanan DL, Saladi RN, Fox J. *Ultraviolet radiation and skin cancer*. International Journal of Dermatology 2010, 49, 978–986.

4. Rigel D S. *Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer*. J Am Acad Dermatol 2008;58:S129-32
5. Rigel D S. *Epidemiology of Melanoma*. Semin Cutan Med Surg. 2010;29:204-209

Efectos beneficiosos de la exposición a la luz solar: Vitamina D. Recomendaciones para evitar su déficit

Alberto Vidal Company

Servicio de Pediatría.Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción

Los beneficios de la exposición a la luz solar en el cuerpo humano están mediados fundamentalmente por la vitamina D. En condiciones normales el 90% de la vitamina D procede de la acción de la radiación solar y solo el 10% restante puede obtenerse de la ingesta de algunos alimentos (pescado azul, aceites de pescado, yema de huevo y alimentos enriquecidos).

La vitamina D es una prohormona esencial para la absorción de calcio en el intestino. Su déficit se asocia a raquitismo en niños y a osteomalacia en adultos. En las últimas dos décadas además se han conocido importantes efectos de la vitamina D a nivel de diversos órganos, que incluyen el mantenimiento de la inmunidad natural y la regulación de la proliferación celular.

Las descripciones iniciales de raquitismo se realizaron en el siglo XVII en Inglaterra por Whistler y Glisson. A finales del siglo XIX con la industrialización la enfermedad llegó a ser endémica hasta que se descubrió que la exposición a la luz solar y el aceite de hígado de bacalao la prevenía y la curaba. Desde que la vitamina D fue identificada en la década de 1930 y se encontró la forma de suplementarla, el raquitismo nutricional prácticamente desapareció de los países industrializados. Sin embargo, en las últimas décadas se ha producido un resurgimiento del mismo, fundamentalmente en lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva y de piel oscura, pero también en niños y adolescentes en relación a los cambios en los hábitos de vida.

Hay dos tipos de vitamina D: la vitamina D₃ o colecalciferol, de origen animal, y la vitamina D₂ o ergocalciferol, de origen vegetal. La vitamina D₃ es la principal fuente de Vitamina D en el ser humano y se sintetiza en la piel por la acción de la luz ultravioleta B (UVB) sobre el 7-dehidrocolesterol, convirtiéndolo en previtamina D₃, que a su vez se transforma en vitamina D₃ por acción de la energía térmica cutánea. La vitamina D₃ se fija a la proteína transportadora de vitamina D y es transportada al hígado donde es convertida en 25-hidroxi-vitamina D (25(OH)D) por acción de la 25-hidroxilasa. La 25(OH)D, que es la forma circulante de vitamina D más abundante y el mejor indicador del estado de vitamina D, sufre una segunda hidroxilación, a nivel renal y en otros tejidos, convirtiéndose en 1,25-dihidroxi-vitamina D (1,25(OH)₂D) o calcitriol que es la forma más activa, fundamental en la homeostasis del calcio. Sin embargo, se sabe que sus funciones no se limitan a regular el metabolismo fosfo-cálcico y la mineralización ósea, y que el receptor de la 1,25(OH)₂D no sólo se encuentra en el hueso sino también en otros tejidos como el estómago, intestino delgado, colon, páncreas (células beta), linfocitos B y T activados, cerebro, corazón, aparato yuxtglomerular, células del músculo liso vascular, gónadas, próstata y mama. De tal forma que al calcitriol se le atribuyen funciones diversas como la estimulación de la producción de insulina, la modulación de la función de linfocitos B y T activados, efectos sobre la contractilidad miocárdica y prevención de la enfermedad inflamatoria intestinal entre otros.

Así pues el déficit de vitamina D no produciría solo raquitismo u osteomalacia sino que estaría implicado en la prevención de infecciones, enfermedades autoinmunes (esclerosis múltiple, artritis reumatoide), enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 1 y 2, enfermedades psiquiátricas y al menos en 15 tipos diferentes de cáncer (entre ellos algunos de los más prevalentes como los de mama, próstata y colon).

Dada la profusión de publicaciones en los últimos años respecto al aumento en la incidencia del déficit de vitamina D, que ha llevado a modificar al alza las recomendaciones de su suplementación en los países industrializados, existe la necesidad de reexaminar nuestra comprensión acerca de los mecanismos naturales de provisión de vitamina D y revisar las recomendaciones acerca de la exposición a la radiación solar y la ingesta de vitamina D.

Causas del déficit de Vitamina D

A lo largo de la historia la luz solar ha satisfecho la mayoría de requerimientos de vitamina D en el ser humano. Sin embargo, la menor exposición al sol de la población general y de los niños en particular, ha condicionado la reaparición del déficit de vitamina D y del raquitismo nutricional como un problema de salud mundial. Esto se ha debido a cambios en el estilo de vida, con reducción a la exposición a la luz solar; a las migraciones, con incremento de poblaciones de etnias de piel oscura en latitudes alejadas del ecuador, y a campañas de salud pública respaldadas por la Academia Americana de Pediatría, que aconseja la evitación del sol en niños por el riesgo futuro de cáncer de piel asociado a la radiación UV.

Sin embargo, es difícil estimar cuál es la exposición solar adecuada, por lo tanto, dada la escasez de efectos adversos de los suplementos de vitamina D a las dosis recomendadas, y hasta que no existan unas pautas bien determinadas de protección solar que aseguren un estado de suficiencia de vitamina D sin incremento significativo del riesgo de desarrollar cáncer inducido por la radiación UV, parece adecuada la suplementación con vitamina D en niños que se exponen escasamente al sol o que lo hacen siempre con protección solar, o que son de tez oscura, o que por tradiciones culturales llevan prácticamente todo el cuerpo cubierto de ropa.

La pigmentación de la piel afecta al tiempo necesario para la producción de una determinada cantidad de vitamina D, de manera que una persona de etnia oriental requiere 3 veces más tiempo de exposición solar para alcanzar un mismo nivel de vitamina D que otra de etnia caucásica. Una persona de etnia africana de piel muy pigmentada necesitará 10 veces más. Además, hay un nivel umbral de luz UVB requerido para inducir la producción de vitamina D, el cual no se alcanza en invierno en áreas con latitud superior a los 40° (Madrid, 39° latitud norte), por lo cual debe almacenarse suficiente cantidad de vitamina D durante el resto del año para garantizar niveles adecuados durante el período invernal. Para niños de tez oscura que hayan emigrado a países con latitud superior a los 40° será mucho más difícil alcanzar tiempos de exposición solar suficientes para conseguir un estado de normalidad.

Los cambios en los hábitos de vida han hecho también que las mujeres gestantes y las que están amamantando tengan una exposición limitada al sol, por lo que su leche tiene bajas concentraciones de vitamina D (en torno a 40 UI/litro). Además, siguiendo las recomendaciones actuales, los lactantes, sobre todo los muy pequeños, prácticamente no se exponen al sol, por tanto, los que están amamantados, ni a través de la leche, ni a través de la exposición solar

consiguen niveles adecuados de vitamina D. De hecho una reciente revisión Cochrane (2008) concluye que es razonable ofrecer medidas preventivas para el raquitismo nutricional a todos los niños hasta los 2 años de edad.

Los niños mayores de 2 años y los adolescentes si realizaran actividades al aire libre tendrían niveles adecuados de vitamina D. En general, la exposición, sin protección solar, de unos 15 minutos al día, entre las 10 y las 15 horas en los meses de primavera hasta otoño, teniendo el rostro y parte de los brazos al descubierto sería suficiente para garantizar la síntesis adecuada de vitamina D en la etnia caucásica a 40° de latitud. Sin embargo, actualmente muchos niños y adolescentes pasan muy pocas horas al aire libre, y cuando lo hacen o llevan mucha ropa o protección solar, por lo que los niveles de vitamina D pueden ser insuficientes. Por otro lado, los aportes de vitamina D a través de la dieta son escasos y en España, además, está poco extendido el uso de alimentos suplementados con vitamina D.

Así pues, la población pediátrica presenta una serie de condiciones que la exponen a un riesgo elevado de deficiencia de vitamina D (tabla 1).

Niveles séricos de 25(OH)D: deficiencia, insuficiencia, suficiencia y exceso

La 25(OH)D sérica es la principal forma de vitamina D circulante y el mejor indicador nutricional de Vitamina D. Su vida media es de 2-3 semanas. Debido a los distintos métodos de laboratorio empleados en medir su concentración y a las dificultades para establecer los límites de referencia para los distintos grupos de edad, actualmente no existe consenso respecto a las concentraciones séricas que definen suficiencia de vitamina D para lactantes y niños. La mayoría de los autores considera deficientes concentraciones de 25(OH)D inferiores a 20 ng/ml (<50 nmol/l)(tabla2).

La deficiencia grave y crónica de vitamina D provoca en los niños alteraciones óseas típicas del raquitismo. Probablemente estos casos de raquitismo clínico sean la punta del iceberg de una población mayor con deficiencia subclínica de vitamina D.

Estudios en distintos países, incluida España, muestran que un gran número de niños y adolescentes presentan concentraciones de 25(OH)D supuestamente insuficientes, sin objetivarse en muchos casos alteraciones esqueléticas ni alteraciones del metabolismo del calcio. Queda por determinar qué efectos puede tener este déficit subclínico en las acciones extraesqueléticas de la vitamina D en cuanto a la posible prevención de las enfermedades previamente citadas.

Suplementación con vitamina D

Las referencias históricas mostraban que la dosis de 400 unidades era eficaz para prevenir el raquitismo en niños con lactancia materna exclusiva y en población de piel oscura. La última revisión Cochrane al respecto (2008) también concluye que la dosis de 400 UI/día parece eficaz en la prevención del raquitismo.

La Academia Americana de Pediatría, que en 2003 recomendaba una dosis diaria de 200 UI/día de vitamina D para lactantes, niños y adolescentes, revisó al alza dicha

recomendación en 2008 elevándola hasta las 400 IU/día, que es la dosis que ha mostrado mantener niveles de 25(OH)D >20ng/ml.

La Sociedad Canadiense de Pediatría recomienda desde 2007 una dosis de 400 UI/día de vitamina D para todos los niños durante el primer año de vida, elevando la dosis a 800 UI/día en invierno en aquellos niños que vivan en latitudes superiores a 55°, y entre latitudes 40°-55° si presentan algún otro factor de riesgo para el déficit de vitamina D.

La Academia Francesa de Pediatría recomienda que los lactantes nacidos a término reciban una suplementación entre 400-800 UI/día hasta los 18 meses de edad y que los prematuros reciban 1.000UI/día hasta el término teórico o hasta los 6 meses.

Los suplementos de vitamina D comercializados pueden estar preparados a partir de vitamina D2 o D3. Hay estudios que demuestran que la vitamina D3 puede ser de 1,7 hasta 3 veces más potente que la vitamina D2 en la capacidad de elevar los niveles de 25(OH)D, por lo que serían recomendados (tabla 3).

En España todas las fórmulas adaptadas están suplementadas con 400UI/litro de vitamina D.

Recomendaciones de PREVINFAD (AEPap) 2009

- Los lactantes menores de 1 año con lactancia materna exclusiva deben recibir un suplemento de 400UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. Estos suplementos se mantendrán hasta que el niño ingiera 1 litro diario de fórmula adaptada enriquecida en vitamina D. (Recomendación grado B).
- Todos los lactantes menores de 1 año alimentados con fórmula adaptada que ingieren menos de 1 litro diario han de recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D. (Recomendación grado B).
- Los niños o adolescentes que tengan factores de riesgo de déficit de vitamina D (tabla 1) y que no obtengan 400 UI/día con la ingesta de leche u otros alimentos enriquecidos, o una adecuada exposición solar, deben recibir un suplemento de 400 UI/ día de vitamina D. (Recomendación de grado B).
- A los niños mayores de 1 año o adolescentes se les recomienda, de forma general, para la adecuada producción de vitamina D, la exposición al sol del mediodía sin protección durante 10-15 minutos al día durante la primavera, verano y otoño. En invierno, por encima de 42° de latitud norte no se sintetizará vitamina D. (Recomendación grado I).
- Los niños prematuros menores de 1 año de edad corregida precisan una ingesta de vitamina D de 200 UI/kg/día hasta un máximo de 400 UI/día. (Recomendación grado A).

Bibliografía

1. Alonso Díaz C, Ureta Velasco N, Pallás Alonso CR. Vitamina D profiláctica. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS (en línea). Agosto 2009. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/vitamina-d.htm>.
2. Epstein S. Ed. Vitamin D. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2010; 39(2): 243-480.
3. Lerch C, Meisnner T. Intervenciones para la prevención del raquitismo nutricional en niños nacidos a término. (Revisión Cochrane traducida). En La Biblioteca Cochrane Plus. 2008. nº 4. Oxford.
4. Misra M, Pacaud D, Petryk A, Ferrez Collett-Solberg P, Kappy M. *Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. Vitamin D deficiency in children and its management: Review of current knowledge and recommendations. Pediatrics*. 2008; 122: 398-417.
5. Wagner CL, Greer FR. *Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children and adolescents. Pediatrics* 2008; 122: 1142-1152.

Tabla 1. Causas de deficiencia de vitamina D.

Disminución de la síntesis de vitamina D

Pigmentación cutánea

Agentes físicos que bloquean la exposición a radiación UVB

Protectores solares (factor protección 8: inhibe síntesis >95%)

Vestidos

Escasa exposición a luz solar

Geografía

Latitud, estación del año

Polución, altitud, clima nuboso

Disminución de la ingesta de vitamina D

Disminución depósitos vitamina D maternos y lactancia materna exclusiva

Malabsorción

Enfermedades del intestino delgado (enfermedad celíaca)

Insuficiencia pancreática (fibrosis quística)

Colestasis (atresia de vías biliares)

Disminución de la síntesis / incremento de la degradación 25(OH)D o 1,25(OH)2D

Enfermedad renal o hepática crónica

Fármacos: isoniacida, rifampicina, anticomiciales, corticoides.

Tabla 2. Estado nutricional de vitamina D y niveles séricos de 25(OH)D.

| Estado nutricional vitamina D | Niveles séricos 25(OH)D ng/ml (nmol/l) |
|-------------------------------|--|
| Deficiencia severa | < 5 (12,5) |
| Deficiencia | < 15 (37,5) |
| Insuficiencia | 15-20 (37,5-50) |
| Suficiencia | 20-100 (50-250) |
| Exceso | > 100 (250) |
| Intoxicación | > 150 (375) |

Tabla 3. Contenido en vitamina D de algunos suplementos vitamínicos.

| Composición | Nombre comercial | Concentración Vit.D | Equivalente a 400 UI |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Vit. D3 sol. oleosa | Vitamina D3 Kern Pharma gotas | 2.000 UI/ml. (1ml/30g.) | 6 gotas |
| Polivit. con vit. D2 | Protovit gotas | 900 UI/ml. (1ml/24 g.) | 10-11 gotas |
| Polivit. con vit. D3 | Hidropolivit gotas | 600 UI/ml. (1ml/30 g.) | 20 gotas |
| Polivit. con vit. D3 | Hidropolivit grag. | 1.660 UI/gragea | ¼ gragea |
| Polivit. con vit. D3 + minerales | Hidropolivit mineral comp. mast. | 500 UI/comp. | 0,8 comp. |
| Vitamina D3 + Ca | Calcium Sandoz Forte D comp. ef. | 400 UI/comp. | 1 comp. |
| Polivit. con vit. D2 + minerales | Dayamineral gotas | 1.667,7 UI/ml. | 0,25 ml. |
| Polivit. con vit. D2 + minerales | Dayamineral comp. | 1.000 UI/comp. | 0,4 comp. |
| Polivit. con vit. D2 + minerales | Rochevit grageas | 400 UI/gragea | 1 gragea |
| Polivit. con vit. D2 + minerales | Redoxon complex comp. eferv. | 400 UI/comp. | 1 comp. |
| Polivit. con vit. D3 + minerales | Pharmatoncomplex (caps./comp.) | 400 UI/caps. o comp. | 1 caps. o comp. |

2ª Mesa de Actualización en Pediatría

Manejo del estreñimiento en Pediatría

Dr. Guillermo Álvarez Calatayud

Manejo del insomnio en Pediatría

Dra. Milagros Merino Andreu

Juego patológico y adicción a nuevas tecnologías

Dra. Silvia Villadangos González

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Guillermo Álvarez Calatayud; César Sánchez Sánchez; Mar Tolín Hernani; Vanesa Luengo Herrero; Carmen Martínez López

Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

El estreñimiento es un síntoma frecuente en la edad pediátrica que ha ido en aumento en los últimos años debido a factores nutricionales y sociales. El rango de prevalencia oscila entre 0,3-28% de los niños, siendo motivo de consulta en el 3-5% de los niños en el pediatra general y en el 25-30% de los que acuden al gastroenterólogo infantil. La edad de presentación del estreñimiento más común es la preescolar, coincidiendo muchas veces con la retirada del pañal.

En la mayoría de las ocasiones el estreñimiento es una patología funcional, pero es imprescindible realizar una buena historia clínica y una exploración del paciente para descartar cualquier patología orgánica asociada. Los síntomas principales de presentación son la disminución de la emisión de heces, el endurecimiento de las mismas, el dolor al defecar y, en ocasiones, incontinencia fecal. Pero existen otros síntomas, como el dolor abdominal, las infecciones de orina recurrentes, el prolapso rectal, irritabilidad, anorexia o vómitos, que siendo menos específicos de esta patología, nos pueden despistar en su diagnóstico.

También es fundamental que el pediatra sea capaz de reconocer las complicaciones asociadas al estreñimiento entre las que se contemplan las fisuras anales con o sin sangrado, el megacolon o megarrecto y la impactación fecal.

Definición

El número de deposiciones no se utiliza como único criterio en la definición, ya que el patrón defecatorio normal es cambiante con la edad; así, mientras que en la primera semana de vida la media es de 4 deposiciones/día, la frecuencia va disminuyendo hasta 1,7 a los 2 años y 1,2 a los 4 años.

El estreñimiento es un síntoma y no una enfermedad y se define como una disminución en la frecuencia de las deposiciones o la evacuación dolorosa de heces duras o voluminosas. Puede cursar con o sin incontinencia fecal (escape de las heces en un niño mayor de 4 años).

Los criterios Roma III, que surgieron en 2006, nos permiten llegar al diagnóstico de patología funcional a partir de signos clínicos sencillos de identificar, diagnosticando así trastornos que dependen de factores de maduración, fisiológicos y de desarrollo intelectual y emocional (Tabla 1).

Clínica

Las heces suelen estar endurecidas, compactas y ser de gran tamaño, por lo que la defecación puede llegar a ser dolorosa, lo que da lugar a un bloqueo voluntario, creando así un círculo vicioso que mantiene la situación. En ocasiones pueden tener forma redondeada y pequeña, consecuencia de la retención en ampolla rectal, por lo que llegan a tomar la forma de las haustras de la ampolla.

El paciente presenta posturas y actitudes para evitar la defecación (contracción de músculos glúteos con rigidez de piernas cuando están tumbados, algunos se ponen de cuclillas o se esconden cuando tienen movimientos de heces). Uno de los motivos de consulta puede ser la formación de heces de gran tamaño que pueden llegar a obstruir los lavabos. En ocasiones el motivo de consulta puede ser la aparición de materia fecal en la ropa interior (*soiling*), asociada a estreñimiento se debe a la retención de una gran masa fecal e incontinencia por rebosamiento. La encopresis puede ser el síntoma revelación en el niño de 4 a 12 años.

La incontinencia fecal se define como la pérdida voluntaria o involuntaria de heces después de los cuatro años de edad. En ocasiones se asocia a estreñimiento. En esta entidad se engloban ambos términos: *soiling* (manchado) y encopresis que en muchas ocasiones se usan de forma indiferente provocando confusión. Los niños con incontinencia fecal no retentiva, que no asocian otra sintomatología pueden acudir de forma tardía al pediatra. Los padres asocian este problema al fallo en el entrenamiento del niño en el uso del lavabo, e incluso creen que es debido a la propia debilidad o pereza del niño. Por este motivo, es frecuente el retraso del diagnóstico de esta entidad.

A veces existen algunas estrías sangrantes con las heces, esto se debe a la presencia de fisuras anales. La fisura anal es un desgarramiento en la mucosa del ano que normalmente causa dolor al defecar así como posible sangrado. Este desgarramiento ocurre por paso de heces endurecidas a través del ano en el contexto del estreñimiento. Este sangrado se caracteriza por encontrarse sangre fresca en heces normalmente en pequeña cantidad. Es poco usual que este sangrado sea tan abundante para producir anemia del paciente y/o repercusión hemodinámica.

En los lactantes, el cuadro clínico puede ser nerviosismo, irritabilidad y llanto. El lactante puede presentar cólicos con movimientos de las piernas y episodios de rubefacción facial y sudoración por el esfuerzo, a esto se conoce como la disquecia del lactante.

El prolapso rectal puede ser el motivo de consulta. Éste consiste en la protrusión del recto a través del ano, aparece la mucosa rectal a través del orificio anal. Entre las causas que lo desencadenan se encuentra el estreñimiento, aunque no debemos descartar la posible asociación a fibrosis quística o enfermedad celiaca.

Otras veces el niño se presenta con una diarrea crónica (falsa diarrea crónica) que se produce por escape de heces retenidas. El tenesmo se describe como sensación de necesidad de defecar, aunque no se consigue al intentarlo, lo que produce que la sensación de esa necesidad no desaparezca. Es la sensación de evacuación incompleta.

Las hemorroides externas como resultado de esfuerzo crónico pueden aparecer en la población pediátrica. Suelen ser de pequeño calibre y autolimitadas. Raramente estas hemorroides pueden provocar complicaciones. Las hemorroides internas, en cambio, no están descritas en asociación al estreñimiento.

Cuando el estreñimiento es de larga evolución, la retención fecal provoca un incremento en la capacidad del colon de acomodar contenido fecal, por lo que se produce una dilatación del calibre del colon (megacolon o megarrecto). Esto se suele resolver espontáneamente cuando se corrige el estreñimiento, aunque puede requerir meses para la resolución total.

Diagnóstico

Para un buen diagnóstico de estreñimiento es fundamental realizar una buena **anamnesis** y así poder orientarlo hacia un diagnóstico y tratamiento correctos. En ella se deben incluir: antecedentes personales (patología concomitante, tratamientos farmacológicos, cirugías) y familiares de estreñimiento y otras enfermedades del aparato digestivo y también extradigestivas (hipotiroidismo, alteraciones iónicas, enfermedades autoinmunes; enfermedad actual: Sintomatología, momento en el que se inicia el cuadro (un estreñimiento de comienzo muy precoz debe hacer pensar en causa orgánica), eventos desencadenantes, hábito defecatorio y características de las heces (Escala de Bristol: ver anexo), síntomas asociados a la defecación (nauseas, vómitos, dolor o distensión abdominal, dolor al defecar), encopresis, prolapso, rectorragia, coexistencia de trastornos miccionales (enuresis, infección urinaria, disuria); y anamnesis por aparatos: Hábitos dietéticos (consumo de frutas, verduras, lácteos), vómitos, dolor abdominal, enuresis, actividad física diaria, desarrollo neurológico y psicomotor, entorno psicosocial-emocional.

La **exploración física** debe ir encaminada a la identificación de causas orgánicas de estreñimiento. En la exploración abdominal es importante identificar la presencia de distensión, existencia de fecalomas o masas abdominales.

En la región sacra o glútea es necesario descartar la presencia de fístulas perianales o anomalías de la zona. Dentro de la exploración anal en primer lugar debe efectuarse la inspección visual del mismo lo que permite valorar su posición y medir distancia ano-vagina/escroto y vagina/escroto-coxis (debe ser $> 0,34$ en niñas y $> 0,46$ en niños). Hay que descartar la presencia de infecciones locales, prolapsos o fisuras anales.

El tacto rectal, que debe realizarse siempre, permite apreciar el diámetro del canal y el tono del esfínter que se encuentra elevado en la enfermedad de Hirschprung. Puede palparse fecaloma en ampolla rectal (frecuente en estreñimiento funcional) o encontrarla vacía (enfermedad de Hirschprung).

Dentro de la exploración física es importante la valoración del estado nutricional y el desarrollo ponderal del paciente, ya que un retraso en el mismo o una alteración nutricional nos pueden hacer pensar en causa orgánica de estreñimiento.

Habitualmente una buena historia clínica y una exploración física minuciosa permiten establecer el diagnóstico etiológico del estreñimiento, ya sea de causa orgánica o funcional, sin

necesidad de ninguna **prueba complementaria**. Sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento inicial, o bien la presencia de signos de alarma (fallo de medro, vómitos, fiebre, retraso en la eliminación de meconio, síntomas extraintestinales, etc.), obligan a realizar, de forma orientada, un estudio más amplio buscando causas menos frecuentes, pero potencialmente graves de estreñimiento en la infancia; así mismo estos pacientes deben ser remitidos para valoración por un especialista.

La batería habitual de pruebas complementarias puede incluir analítica de sangre y de orina, radiografía simple de abdomen, manometría anorrectal, enema opaco, biopsia rectal y estudios de motilidad. En la figura 1 se expone el protocolo diagnóstico del estreñimiento.

Tratamiento general (figura 2)

El estreñimiento supone un problema de salud frecuente en la consulta del pediatra que además genera gran ansiedad en los padres y malestar en los niños interfiriendo en su calidad de vida. Muchos padres ven en el hábito intestinal de sus hijos un reflejo de su estado de salud. Los cambios en los hábitos, el estilo de vida y la dieta han hecho que su prevalencia aumente en las últimas décadas. Por este motivo, es importante asentar unas bases de tratamiento efectivo que intenten reducir el problema. Las medidas terapéuticas deben adaptarse al grado y severidad del estreñimiento y a la existencia o no de incontinencia fecal, de tal manera que a mayor duración del problema debe establecerse una terapia más larga.

El tratamiento debe individualizarse en función de la gravedad, de la edad y de las características del niño. Los niños con estreñimiento simple pueden requerir únicamente medidas dietéticas, evitando los hábitos indeseables y las dietas bajas en fibra. Debe recomendarse una adecuada ingesta de líquidos, reduciendo los lácteos de la dieta y añadir frutas y verduras. Estas medidas deben ir siempre acompañadas de un entrenamiento adecuado del hábito de defecación.

En el caso del estreñimiento crónico con megarrecto e incontinencia precisa un programa terapéutico más rígido. El objetivo inicial es mantener el recto vacío para disminuir el tamaño rectal, incrementar la sensibilidad rectal y evitar la incontinencia. Debemos realizar un tratamiento de desimpactación y conseguir una evacuación completa (ver capítulo siguiente) así como tratar las lesiones perianales asociadas que provocan una defecación dolorosa y perpetúan el hábito retenedor. Una vez recuperado el tono intestinal y curadas las lesiones perianales el segundo paso en el tratamiento es la prevención de la reacumulación de heces (tratamiento de mantenimiento), mediante la combinación de:

- *Medidas higiénico-dietéticas:* consiste en medidas educativas y en entrenamiento de un hábito defecatorio adecuado en los niños con control de esfínteres, con una dieta sana y equilibrada rica en fibra y líquidos.
- *Farmacológicas:* mediante el uso de laxantes que disminuyan la consistencia de las deposiciones y /o aumentan su frecuencia ayudando a regularizar el tránsito y a disminuir las recaídas.

- **Psicoterapéuticas:** importantes sobre todo en caso de incontinencia fecal con alteración de la conducta, de la incontinencia fecal no-retentiva y de los niños que han adquirido miedo a hacer deposición derivado de un estreñimiento muy prolongado.
- La disinergia anal y los niños con tono esfinteriano bajo de causa no orgánica pueden mejorar con la manometría anorrectal terapéutica (*biofeedback*).
- El **tratamiento quirúrgico** queda reservado para casos muy seleccionados.

Los **laxantes** son sustancias que aumentan el número de las deposiciones y/o disminuyen la consistencia de las mismas, por diferentes mecanismos. Se utilizan en la fase de mantenimiento del estreñimiento crónico para regularizar el tránsito intestinal y evitar la reacumulación de heces en el recto, y por tanto la recurrencia. También pueden usarse de forma temporal en el estreñimiento ocasional con el fin de facilitar y aliviar el dolor con la defecación y así evitar la cronificación de la situación. La administración de laxantes complementa pero en ningún caso sustituye a las medidas higiénico-dietéticas, y siempre debe realizarse bajo supervisión médica, una vez descartada una posible patología orgánica subyacente.

La mayoría se administran por vía oral. En el tratamiento de mantenimiento, el objetivo es buscar la dosis con la que el paciente realice deposiciones diarias sin encopresis y mantenerla durante 3-6 meses, reduciendo posteriormente la dosis de forma paulatina. En caso contrario habrá que reevaluar el cumplimiento (tanto higiénico-dietético como de administración del fármaco) y si este es correcto, aumentar la dosis o cambiar de laxante. En la tabla 2 se muestra la clasificación de los distintos laxantes.

- **Laxantes lubricantes:** Son la parafina y la glicerina. Estos aceites minerales no absorbibles cubren la masa fecal y facilitan su paso por el intestino. La parafina se administra vía oral y es útil en tratamientos cortos. Parece lograr un mejor control del estreñimiento que la lactulosa, pero tiene como inconvenientes que puede interferir en la absorción de vitaminas liposolubles. La glicerina se usa en microenemas, pero no es útil una vez que hay distensión rectal.

- **Laxantes osmóticos:** son fármacos con escasa absorción intestinal que actúan arrastrando el agua al interior de la luz intestinal por aumento de la presión osmótica a este nivel. Disminuyen así la consistencia de las heces y aumentan el volumen fecal, lo que estimula la motilidad colónica.

En este grupo se encuentran las disacaridasas sintéticas, las sales minerales y el polietilenglicol. Dentro de los primeros están la lactulosa y el lactitol, dos azúcares sintéticos con escasos efectos secundarios (flatulencia, alteraciones hidroelectrolíticas, o diarrea en caso de sobredosificación).

Las sales minerales como el hidróxido y el citrato de magnesio, además de tener efecto osmótico, producen secreción de prostaglandinas y colecistoquinina.

El polietilenglicol con o sin electrolitos una solución de elevado peso molecular, que no se metaboliza en el intestino. Es útil en el tratamiento del estreñimiento (tanto en la desimpactación intestinal como en el tratamiento de mantenimiento), y en la preparación

intestinal prequirúrgica o previa a exploraciones radiológicas o endoscópicas. Es un laxante muy eficaz tanto a corto como a largo plazo, y con mayor palatabilidad, aceptación y eficacia demostrada que los laxantes comentados previamente. Sus efectos secundarios a nivel gastrointestinal son leves y generalmente no son motivo para dejar el tratamiento.

- **Laxantes estimulantes**: estimulan el peristaltismo intestinal y alteran la absorción de agua y electrolitos, aumentando su contenido en la luz intestinal. Se incluyen los derivados antraquinónicos como el sen y los senósidos, los polifenoles como el bisacodyl y el picosulfato sódico, y el aceite de ricino (actualmente en desuso por su frecuente intolerancia digestiva).

- **Incrementadores del bolo fecal**: son polisacáridos no absorbibles hidrófilos, que al absorber agua, aumentan el volumen de la masa fecal y estimulan la motilidad. Son: el plantago ovata, el psyllium, la metilcelulosa y el salvado de trigo.

Impactación fecal

La impactación fecal se define como la acumulación de una gran cantidad de heces duras en el recto-sigma, que se denomina fecaloma, como consecuencia de un estreñimiento crónico. Esta masa puede llegar a ser de un volumen tan grande que no pueda ser eliminada a través del recto. Se puede diagnosticar en la exploración física (palpación abdominal y tacto rectal) o mediante la radiografía de abdomen.

La desimpactación puede realizarse mediante medicación oral (o nasogástrica) o mediante medicación rectal. La desimpactación con medicación oral tiene la ventaja de que no es invasiva, y ayuda al niño a tener una mayor sensación de control. Sin embargo la adherencia al tratamiento, que suele requerir la ingesta de grandes volúmenes, puede no ser buena, siendo por tanto inefectivo. Además el tratamiento suele tardar en hacer efecto unas 24-48 horas. Los enemas rectales tienen un efecto más rápido (2-15 minutos), pero tienen el inconveniente de que son invasivos, y de no dejar suficiente tiempo para que la masa fecal se haga más blanda por lo que pueden no ser eficaces. Por tanto, la elección del tratamiento se deberá realizar involucrando al paciente y a la familia en la decisión.

El tratamiento con **medicación oral** puede realizarse con altas dosis de aceite mineral, polietilenglicol (PEG) o soluciones de PEG con electrolitos. Todos ellos han demostrado su eficacia en ensayos clínicos randomizados. Otros medicamentos laxantes, como el hidróxido de magnesio, el citrato de magnesio, la lactulosa, el sorbitol, la sena o el bisacodil, se han usado con éxito en la desimpactación fecal, aunque no existen ensayos clínicos controlados que demuestren su eficacia.

Las dosis para desimpactación son:

- **PEG sin electrolitos**: 1-1.5 g/Kg/día durante 3 días.
- **Solución de PEG con electrolitos**: 25 mL/Kg/h (máximo 1000 mL/h) por sonda nasogástrica hasta desimpactación; o 20 mL/Kg/h durante 4 horas/día hasta desimpactación.

- **Aceite mineral:** 15-30 mL/año de edad/día (máximo 240 ml/día).

En pacientes con alto riesgo de aspiración, como pacientes neurológicos o con reflujo gastroesofágico grave, no se debe utilizar aceite mineral, debido al riesgo de neumonitis en caso de que se produzca aspiración del aceite.

B) El tratamiento **vía rectal** puede realizarse con enemas de fosfato sódico o enemas de aceite mineral seguidos de enemas de fosfato sódico.

El uso de otro tipo de enemas como los jabonosos, el agua del grifo o los enemas de magnesio no pueden ser recomendados por sus potenciales efectos adversos (colitis, intoxicación por agua, perforación colónica, necrosis intestinal). Los supositorios de glicerina no son eficaces una vez está instaurada la impactación fecal. Los enemas de suero salino isotónico no son efectivos.

C) Una alternativa de tratamiento es una **combinación** de medicación oral y enemas, en distintas pautas posibles.

D) La **desimpactación digital** tiene como finalidad romper la masa fecal en trozos pequeños para que pueda ser expulsada. Esta técnica no puede ser recomendada en niños porque no existe evidencia científica suficiente. De forma excepcional puede ser preciso recurrir a ella, siempre bajo anestesia. En los casos en que todos los tratamientos son ineficaces, puede ser necesario recurrir a la **cirugía**.

En la gran mayoría de los pacientes el tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria, siempre garantizando la reevaluación en poco tiempo para comprobar que la desimpactación se ha producido. Será necesario ingresar al paciente si no es eficaz el tratamiento ambulatorio.

Una vez resuelta la impactación, el paciente deberá continuar con un tratamiento de mantenimiento, que incluirá la administración de fármacos laxantes, además de otras medidas, para prevenir nuevos episodios de estreñimiento y de impactación fecal.

Bibliografía:

1. Alvarez Calatayud G, Sánchez C, Tolín M, Morales JL. Estreñimiento e impactación fecal infantil. Pharma and Health Consulting. Madrid, 2010.
2. Bautista A, Argüelles F, Peña L, Polanco I, Sánchez F, Varea V. Recomendaciones para el estreñimiento funcional. An Pediatr (Barc). 2011; e1-e7.
3. Cillerulo ML, Fernández S. Estreñimiento. En: Argüelles F, García MD, Pavón P, Román E, Silva G, Sojo A. (eds.). Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHN. Ergon. Madrid, 2011: p. 212-22.
4. NICE clinical guideline. *Constipation in children and young people*. NHS (ed). London, 2010.

5. Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, Berger MY. *Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures*. Arch Dis Child. 2009; 94:117-31.

Tabla 1. Criterios Roma III que definen el estreñimiento funcional

Niños menores de 4 años

Cumplir al menos 2 de los siguientes criterios durante un tiempo mínimo de 1 mes:

- Dos o menos deposiciones semanales (aproximadamente 1 deposición cada 3 días; es el único criterio sobre el número de deposiciones)
- Al menos un episodio de incontinencia fecal a la semana tras la adquisición del control de esfínteres (presentar escapes de heces o restos en la ropa interior al final del día)
- Historia de retención fecal excesiva (la identificación precoz de estas actitudes retentivas son el factor más determinante para una evolución favorable del estreñimiento)
- Historia de movimientos intestinales intensos o dolorosos (retortijones o dolores cólicos de repetición que pueden acompañarse de eliminación de gases)
- Presencia de fecalomas en el recto (diagnosticados mediante tacto rectal o prueba de imagen)
- Historia de heces de gran tamaño que pueden obstruir el WC (aunque el volumen depende de la ingesta; en este caso es signo de retención previa excesiva)

Niños mayores de 4 años:

Cumplir al menos 1 vez a la semana 2 o más de los siguientes criterios en los últimos 2 meses:

- Dos o menos deposiciones semanales
- Al menos un episodio de incontinencia fecal a la semana (aparece en el 84% de los casos; siendo una de las formas de presentación más habitual del estreñimiento funcional)
- Historias de posturas retentivas o excesiva retención fecal voluntaria (a lo largo del tiempo estas posturas condicionan una dilatación del recto que se acomoda hasta tal punto que no precisa posturas retentivas para retrasar la defecación)
- Historia de movimientos intestinales intensos o dolorosos
- Presencia de fecalomas en el recto
- Historia de heces de gran tamaño que pueden obstruir el WC

Tabla 2. - Clasificación y dosis de los distintos laxantes

| | | | |
|--------------|---|--------------------------|--|
| LUBRICANTES | Parafina | | <2 años: 2,5 – 5ml c/24h vo >2 años: 5ml/ día en 1-3 dosis vo |
| | Glicerina | | 1 cánula al día vía rectal |
| OSMÓTICOS | DISACARIDASAS SINTETICAS | Lactulosa | 1- 3ml /kg/día vo |
| | | Lactitol | 5- 40 g/día vo |
| | SALES MINERALES | Hidroxido de magnesio | 1-3 ml/kg/ día vo |
| | | Citrato de magnesio | <6años: 1-3 ml/kg/ día vo 6-12 años: 100-150ml/día >12 años: 150- 300 ml/día |
| | | Carbonato magnesico | <1 año: 1-2 cucharadas c/12 horas vo 1-5 años: 2- 4 cucharadas c/8-12 horas |
| | POLIETILEN GLICOL (PEG) 3350+E Y 4000 | | |
| ESTIMULANTES | ANTRAQUINONAS | Senósidos A y B | 2 – 6 años: 4.5 - 8.5 mg/día vo > 6 años: 8.5 – 15 mg/día vo |
| | POLIFENOLES | Bisacodilo | 10 años: 0.3 mg/kg/día vo ½ - 1 supositorio/día rectal |
| | | Picosulfato sódico | > 6años: 0.5 – 2.5 mg/día vo |

Figura 1. PROTOCOLO DIAGNOSTICO DEL ESTREÑIMIENTO

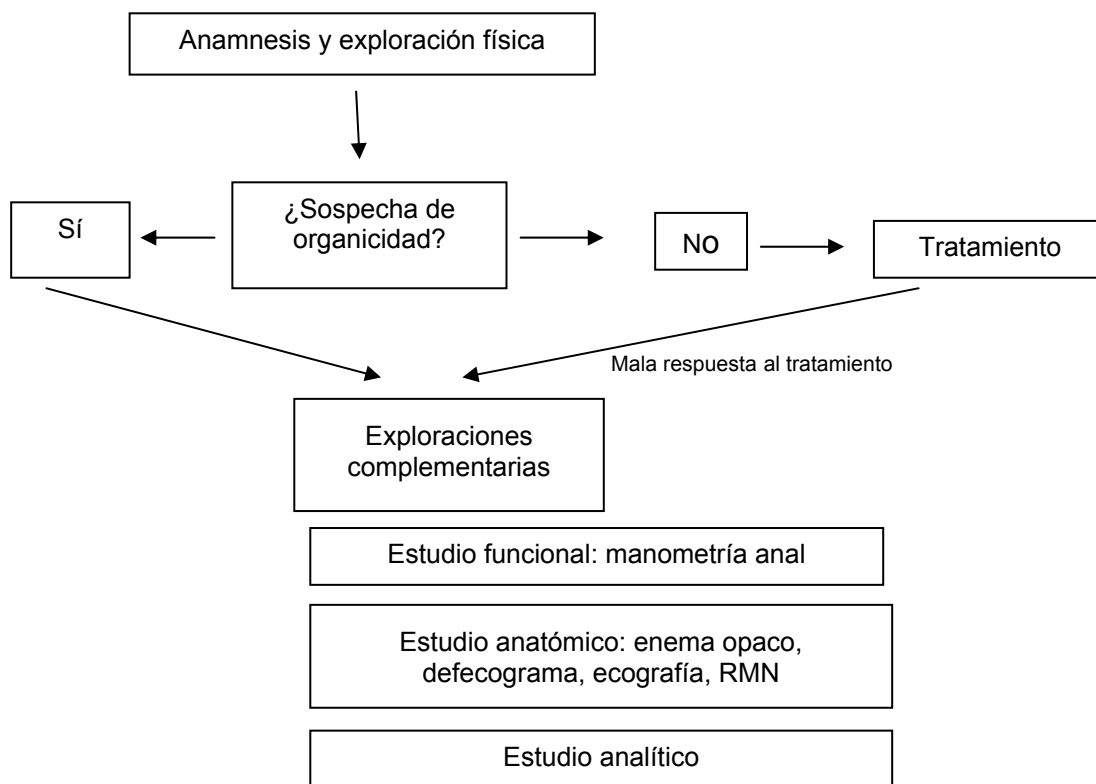
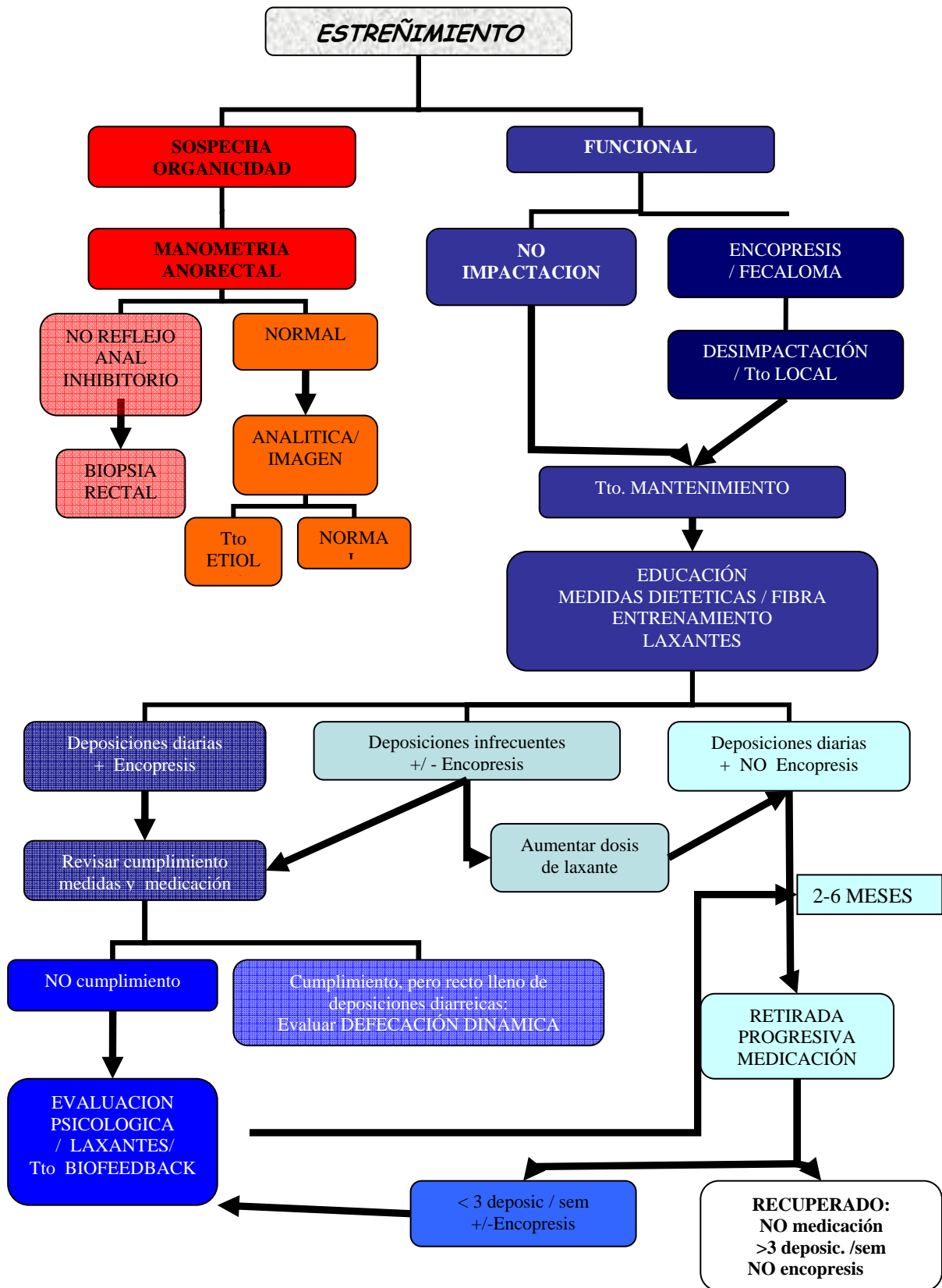


Figura 2. Tratamiento general del estreñimiento



MANEJO DEL INSOMNIO EN PEDIATRÍA

Milagros Merino Andreu

Unidad Pediátrica de Trastornos de Sueño. Hospital Universitario La Paz.

INTRODUCCIÓN

El insomnio se define como una sensación de sueño no reparador, dificultad para conciliar el sueño, interrupciones frecuentes en el transcurso de la noche o un despertar matutino antes de la hora deseada **(1)**. Estos síntomas provocan consecuencias diurnas que, en la edad pediátrica, se manifiestan con irritabilidad, déficit de atención y de concentración, menor participación en actividades lúdicas, hiperactividad paradójica, mayor predisposición a sufrir traumatismos y, mas raramente, excesiva somnolencia diurna. Además, en muchas ocasiones, se acompaña de retraso del aprendizaje y fracaso escolar.

Aunque existen discrepancias entre la percepción de niños y cuidadores **(2)**, el insomnio y sus consecuencias son un problema muy prevalente en pediatría, con una frecuencia que varía en función de la población estudiada (por ejemplo, en niños de edad escolar puede afectar a un 30%-41%).

Según su origen, el insomnio puede clasificarse en primario y secundario.

1. Insomnio Primario:

- Insomnio agudo (relacionado por un factor estresante, que aparece como un mecanismo de adaptación o ajuste)
- Insomnio idiopático (aparece en la infancia aunque se diagnostica años más tarde y se ha relacionado con el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)
- Insomnio por mala higiene del sueño (con horarios y hábitos que afectan negativamente al sueño)
- Insomnio comportamental infantil:
 - Al inicio del sueño: dependencia a la estimulación o interrelación con los padres (demanda atención parental permanente, con protestas y reclamos antes de ir a la cama)
 - Relacionado con el establecimiento de límites (los padres no pueden establecer unas normas que favorecen la adquisición de unos hábitos correctos de sueño)

2. Insomnio secundario a:

- Trastornos médicos (reflujo gastroesofágico, dolor crónico, fibrosis quística, etc.)
- Trastornos neurológicos (trastornos del espectro autista, encefalopatías, epilepsia, etc.)
- Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, estrés postraumático, etc.)
- Trastornos primarios de sueño (síndrome de apneas-hipopneas de sueño o SAHS, síndrome de piernas inquietas o SPI, síndrome por retraso de la fase del sueño, parasomnias, etc.)
- Fármacos o drogas (cafeína, broncodilatadores, cocaína, etc.)

El insomnio primario de la infancia debe analizarse según la edad del niño. Así, en menores de 6 años, lo más frecuente es el insomnio comportamental infantil **(1)**, que puede afectar hasta a un 50% de ellos. En preescolares pueden existir, además, parasomnias o miedos. En la edad escolar lo más habitual es la existencia de unos hábitos incorrectos, con horarios de sueño inadecuados que interfieren y reducen la duración del episodio de sueño nocturno. Esta causa también es muy frecuente en los adolescentes, en los que también se asocia a un retraso fisiológico del sueño que provoca dificultad de conciliación **(3)**

MANEJO DEL INSOMNIO

Habitualmente no se realiza un despistaje de los problemas de sueño en los niños que acuden a los Centros de Salud. Una herramienta útil es la utilización de cuestionarios específicos que facilitan esta labor al pediatra (BEARS, *Pediatric Sleep Questionnaire*, etc., disponibles en <http://www.aeped.es/>). Cuando se ha identificado el problema, la historia médica debe ofrecer información sobre los hábitos de sueño, si existe o no colecho, rutinas y actividades realizadas antes de acostarse, qué hace el niño o adolescente cuando se despierta durante la noche (bebe o come, sacudidas en las piernas, ronquidos y/o pausas respiratorias, rechinan los dientes, etc.), qué hace el niño o adolescente durante el día (inquieto, somnoliento, ingesta de bebidas de cola, etc.), cómo es el rendimiento escolar y qué tipo de conductas tiene en el colegio o instituto (hiperactividad, inatención, etc.) y qué hacen los padres cuando se despierta (llevar al niño a su cama, acompañar al niño a su cama, etc.). Por otra parte debe averiguarse si existen condicionantes psicosociales (acoso escolar, abuso sexual, problemas financieros en la familia, fallecimiento de un familiar, cambio de domicilio, etc.). En los niños mayores y adolescentes debe preguntarse si consumen tabaco u otras drogas.

Los diarios o agendas de sueño evalúan el ciclo sueño-vigilia durante, al menos, 2 semanas e informan si existe una privación crónica de sueño o unos horarios inadecuados.

La polisomnografía es considerada el “gold-standard” para estudiar el sueño pero no está indicada rutinariamente para evaluar el insomnio, excepto si existen indicios de un SAHS, un SPI con probables movimientos periódicos en las piernas o parasomnias de difícil control.

La prevalencia, persistencia y consecuencias que tienen los problemas de sueño en niños y adolescentes obligan a tomar medidas efectivas de forma precoz y en función del entorno socio-cultural familiar. Por ello, el pediatra debe establecer, en primer lugar, si el problema es primario o es un síntoma de otra enfermedad.

Tratamiento cognitivo- conductual

Este tratamiento se basa en el principio de “estimulo-respuesta”. Las técnicas cognitivas incluyen la modificación de actitudes y creencias acerca del sueño mediante comunicación verbal con los padres y con los niños o adolescentes, utilizando siempre un lenguaje claro y sencillo.

En general se debe mantener una adecuada higiene de sueño con horarios regulares y adecuados a la edad, evitar estimulantes al final del día (chocolate o bebidas de cola, ejercicio vigoroso, uso del ordenador y videojuegos, etc.), dormir en un entorno tranquilo y a una temperatura adecuada y concienciar al niño o adolescente de que la cama solo sirve para dormir (y no para comer, hacer deberes, ver la TV, etc.).

El tratamiento conductual incluye las siguientes técnicas (4):

- Extinción: Basada en la teoría de que un comportamiento (por ejemplo, llanto) que no es reforzado o atendido, desaparece con el tiempo
- Extinción gradual: Si los padres no son capaces de ignorar los llantos, debe aplicarse esta técnica, que es una modificación de la anterior. Los padres deben acudir a consolar al niño a intervalos que progresivamente se van alargando a lo largo de la noche y durante noches sucesivas
- Rutinas positivas antes de acostarse (baño, masaje, etc.)
- Despertares estructurados o programados: Los padres deben despertar al niño 15 minutos antes de la hora en la que se despierta habitualmente durante la noche, durante al menos 10 días.
- Educación parental

Tratamiento farmacológico

La ausencia de estudios protocolizados en estos pacientes dificulta el abordaje farmacológico del insomnio primario (5) que, en muchos casos, mejora únicamente con tratamiento cognitivo-conductual.

La *American Academy of Sleep Medicine*, AASM, ha publicado un consenso sobre el uso de fármacos en niños con problemas de sueño en el que los autores insisten en que se deben dar las dosis mínimas eficaces para reducir la incidencia de efectos adversos e insisten en que el hipnótico ideal no existe.

Se han utilizado diferentes medicaciones, que han mejorado los síntomas y han sido bien toleradas en estos pacientes: melatonina (se debe utilizar con precaución en niños pequeños), antihistamínicos y, en casos seleccionados, benzodiacepinas de vida media corta, zolpidem o zaleplon. En ocasiones se ha utilizado clonidina (alfa agonista con efectos hipnóticos) e hidrato de cloral, en cuyo caso se deben valorar los posibles riesgos en el niño. Los preparados de origen vegetal (valeriana, lavanda, pasiflora, tila) son poco eficaces y la dosis administrada no es homogénea en todos los pacientes.

Tratamiento de los Trastornos Primarios de Sueño

Cuando existe un trastorno primario de sueño, el tratamiento eficaz es el abordaje específico de cada patología:

- Síndrome de apneas-hipopneas de sueño (SAHS), asociado en un 70-75% de las ocasiones a hipertrofia adenoamigdalar, mejora con la intervención quirúrgica y controles periódicos

- Síndrome de Piernas Inquietas: La inquietud descrita en las piernas al final del día contribuye a la dificultad para conciliar el sueño que se acompaña, en muchas ocasiones, de movimientos periódicos que interrumpen el sueño, provocando un insomnio al principio y durante la noche. Aunque tampoco se han autorizado muchos de los fármacos indicados en adultos, se han obtenidos resultados excelentes con dosis reducidas de agonistas dopaminérgicos no ergóticos (ropinirol, pramipexol, rotigotina), levodopa, gabapentina y, en ocasiones, clonazepam.
- Parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, etc.): Habitualmente tienen una evolución favorable, desapareciendo meses o años después del inicio de los síntomas. En ocasiones, la angustia de los padres o la espectacularidad de los episodios, sobre todo si son muy frecuentes, obliga a prescribir algún fármaco (melatonina, antihistamínicos, clonazepam)
- Trastornos circadianos de sueño (Síndrome de Retraso de Fase): Este trastorno se caracteriza por una dificultad para conciliar el sueño, con una duración normal del sueño. La exposición a la luz por la mañana y el uso de melatonina con efecto cronorregulador (es decir, a dosis más bajas que cuando se utiliza como inductor del sueño) y a una hora adecuada (no se debe administrar antes de acostarse) son muy beneficiosos. La modificación de los horarios de sueño (cronoterapia) debe prescribirse en los casos peor controlados.

CONCLUSIONES

Los problemas de sueño son muy frecuentes en la población pediátrica y el médico debe estar alerta ante la aparición de estos síntomas, con importantes y graves consecuencias durante el día. Existen herramientas diagnósticas que se pueden utilizar en la consulta y que facilitan su identificación. El manejo de los problemas de sueño incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas que ayudan a minimizar los síntomas y mejoran la calidad del niño y del entorno familiar.

Bibliografía:

1. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders*, 2nd ed: *Diagnostic and coding manual*, American Academy of Sleep Medicine, Westchester, IL 2005.
2. Fricke-Oerkermann L, Plück J, Schredl M, Heinz K, Mitschke A, Wiater A, Lehmkuhl G. *Prevalence and course of sleep problems in childhood*. Sleep. 2007;30(10):1371-7.
3. Mindell JA, Owens J. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
4. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A and the American Academy of Sleep Medicine. *Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children*. Sleep. 2006;29(10):1263-1281.

5. Mindell JA, Emslie G, Blumer J, Genel M, Glaze D, Ivanenko A, et al. *Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. Pediatrics.* 2006 Jun;117(6):1223-32

ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Silvia M^a Villadangos González y Francisco J. Labrador Encinas
Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.

Las Nuevas Tecnologías son un fenómeno relativamente reciente que ha generado importantes cambios en nuestra sociedad. Algunos expertos consideran que, a raíz de la implantación de este tipo de instrumentos, ha cambiado hasta nuestra forma de comunicarnos y relacionarnos.

Los efectos de este tipo de aparatos han sido muy diversos. En algunos casos han servido para aumentar la calidad de vida de las personas, pero en otros, han llegado a provocarles problemas. En la actualidad, no existe un consenso acerca de su verdadero potencial.

En nuestros días, se considera que uno de sus mayores inconvenientes es su importante poder adictivo. Por este motivo, numerosos expertos creen que determinados comportamientos desajustados, deberían ser entendidos como síntomas de un comportamiento adictivo.

En nuestra sociedad, la población que mayor riesgo tiene de perder el control son los adolescentes. Las características de esta etapa evolutiva, unidas a la disponibilidad cada vez mayor de acceder a ellas, convierten a este colectivo en sujetos muy vulnerables.

En realidad, no es malo que los menores las utilicen, es más, se considera que si lo hacen de forma segura y responsable pueden beneficiarse de las múltiples ventajas que presentan. Sin embargo, llama la atención el creciente número de chicos que están empezando a desarrollar comportamientos adictivos en torno a las Nuevas Tecnologías.

En la actualidad, los trabajos de investigación que aluden a este tipo de problemas son escasos. Por este motivo, se considera que es necesario realizar más estudios que nos permitan estudiar el fenómeno de la Adicción a las Nuevas Tecnologías de forma más exhaustiva.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En base a todo esto, nos planteamos llevar cabo un trabajo con el objetivo de:

1. Analizar los hábitos y costumbres de los menores con respecto al uso de las Nuevas Tecnologías.
2. Detectar posibles situaciones conflictivas derivadas de un mal uso de este tipo de instrumentos.
3. Determinar la percepción que ellos mismos tienen sobre este uso y posibles problemas.

MÉTODO

Participantes: El estudio se llevó a cabo con una muestra de 1.710 menores escolarizados en la Comunidad de Madrid. El 40,88% eran mujeres y el 59,12% varones. La edad de los participantes iba desde los 12 a los 17 años (ver tabla 2), con una media de 14,03.

Se seleccionaron 6 centros de diversa titularidad (públicos, privados y concertados) situados en distintas partes de la Comunidad. Uno de los centros era público (11,7% de la muestra total), dos privados (37,1%) y tres concertados (51,1%).

Instrumentos de evaluación: Se diseñó un instrumento de evaluación específico: Uso Problemático de Nuevas Tecnologías (UPNT) (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008). El cuestionario, tras recoger los datos de edad, sexo y centro de estudio, se divide en 6 apartados. Los dos primeros recogen información sobre la frecuencia de uso de las NT y sobre la percepción subjetiva de posibles problemas derivados de su utilización. Los cuatro siguientes se refieren, de forma específica, a cada una de las NT estudiadas: Internet, Teléfono móvil, Videojuegos y Televisión.

RESULTADOS

Frecuencia de uso de las Nuevas Tecnologías: La televisión es la NT más utilizada, 97,23% reconoce utilizarla con frecuencia o siempre, seguida de Internet (87,43%) y Teléfono móvil (80,81%), mucho más atrás queda la frecuencia de uso de los videojuegos (55,26%). En especial se agrandan estas diferencias si se considera sólo la puntuación en la máxima categoría (siempre) (ver tabla 1).

Al considerar la variable **sexo** aparecen diferencias significativas, las mujeres presentan valores significativamente superiores a los varones en el uso de Internet y teléfono móvil, pero inferiores en el uso de videojuegos.

Al considerar la frecuencia de uso en función de la **edad** también aparecen diferencias. Hay una correlación positiva entre edad y uso de Internet y Teléfono móvil, y negativa entre edad y Videojuegos.

Tiempo de utilización de las NT: El promedio de horas dedicadas al uso de las NT es elevado (ver tabla 2). En total, cada día, los adolescentes entre 12 y 17 años dedican una media de 6,51 horas a las NT, con muy escasas diferencias en función del sexo. (6,40 las mujeres y 6,52 los varones). Es decir, más de la cuarta parte del día. Si exceptuamos el tiempo dedicado a Internet, que quizá en algunos momentos puede estar dedicado a las tareas escolares, el número de horas sigue siendo elevado (4,91 total; 4,78 las mujeres y 4,94 los varones). En todos los casos la televisión es la que presenta mayor tiempo de uso al día. Hay diferencias significativas en función del **sexo**, lo mismo que en el caso de la frecuencia, las mujeres usan más que los varones Internet y Teléfono móvil, pero menos los Videojuego, sin que haya diferencias en el uso de la Televisión.

También aparecen diferencias significativas en el uso de la NT en función de la **edad**, salvo en el caso de los videojuegos. Conforme va aumentando la edad va siendo mayor el uso de todas las NT salvo los videojuegos.

Percepción de problema en el uso de las Nuevas Tecnologías a nivel general. Como puede verse en la tabla 3, los participantes perciben mayores problemas en el uso de la televisión. De hecho más del 25% puntúan en las dos categorías superiores. Con todo, las puntuaciones obtenidas por Internet (18,83%) y Teléfono móvil (18,71%) en esas dos categorías son también muy elevadas, uno de cada cuatro participantes reconoce el uso de las NT le causa o ha causado problemas. La variable **sexo** vuelve a diferenciar los resultados, las mujeres perciben más problemas que los hombres en el uso de Internet y Móviles, y menos en el uso de Videojuegos. Respecto al uso de la TV no hay diferencias.

También aparecen diferencias en la percepción de problemas en función de la **edad**, mientras que aparece una correlación significativa y positiva entre edad e Internet y Móvil, la correlación entre edad y videojuego y televisión es negativa.

Síntomas característicos de las adicciones: Como puede verse en la tabla 4 hay diferencias entre los distintos tipos de síntomas considerados y las distintas tecnologías. La sintomatología más importante, que aparece en todas las NT y con las mayores puntuaciones es el “Alivio con el uso”. Internet es la tecnología que presenta valores más elevados, en concreto en tres síntomas aparecen puntuaciones por encima de 1.70 y en cuarto por encima de 1.5. A continuación está el teléfono móvil, con dos puntuaciones por encima del 1.7 y una más por encima del 1.5. Es de destacar la puntuación tan alta (2,86) en la categoría de “consultas frecuentes” para ver si hay algún mensaje o llamada, categoría que no es aplicable a las otras NT, pero que indica una alta dependencia del móvil.

Las otras dos presentan sólo una por encima de 1,70 y una por encima de 1,50. Aunque destaca la puntuación tan elevada de alivio con el uso en la televisión, de hecho el 18,7% de los participantes señalan que experimentan “siempre” alivio con el uso.

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES

El uso de NT es muy frecuente: Más del 80% afirma usar Internet y Teléfono Móvil “con frecuencia” o “siempre”, y en menor medida los videojuegos. No obstante es la TV la NT de uso más frecuente y con diferencia, 97,25% la usan “con frecuencia o siempre, pero el 79,06% la usan “siempre”, cifra que casi dobla, en esa categoría, al uso de Teléfono Móvil e Internet. En el lado contrario, los videojuegos son los menos utilizados, aunque el 55,26% puntúe en esas dos categorías máximas. Los porcentajes de participantes que no usan nunca las NT son realmente escasos, en especial en Internet (3%) y TV (0.5%).

Ciertamente hay diferencias en función del sexo, pero pequeñas (más uso de Internet y Móvil en mujeres, y menos Videojuegos). Es probable que conforme aumentan las tasas de uso de las NT se vayan reduciendo estas diferencias. También hay diferencias en función de la edad, aumentando al menos 2,5 veces el uso de Internet y Móvil conforme aumenta ésta. El cambio más importante en la frecuencia de uso de estas dos aparece entre los 14 y 15 años.

Es significativo el hecho de que no haya diferencias en el uso de la TV en función del sexo ni de la edad.

Además de la frecuencia, el tiempo cotidiano invertido en el uso de NT es también elevado: en promedio 6,51 horas al día, más de una cuarta parte del tiempo. Aunque la TV es lo que más usan (1,96 horas), también son importantes los tiempos dedicados a Teléfono móvil (1,65 horas), Internet (1,60 horas) y Videojuegos (1,30 horas).

El hecho de que la TV sea la NT más usada y que no haya ninguna diferencia en función de sexo o edad, posiblemente se deba a ser la NT que lleva más tiempo en el hogar y se ha constituido ya en algo habitual.

Respecto a la percepción de problemas con el uso de NT. En general se constata una correlación positiva con el tiempo de uso de las NT, cuanto mayor es el tiempo dedicado a su uso, mayor percepción subjetiva de problema sienten los adolescentes. La televisión es la tecnología que mayor uso y también la que genera una mayor percepción de problemas en los adolescentes. Las cifras son muy elevadas, más del 25% responde que con frecuencia o siempre le causan problema. Sin embargo, dada la generalización de su uso, es la que menos alarma social ha creado y, como se ha podido comprobar, la menos estudiada en este sentido. Parece aceptado y “normal” que los adolescentes dediquen dos horas al día al menos a su contemplación, incluso la mayoría de los padres no controlan qué es lo que están viendo en la TV sus hijos. Curiosamente los videojuegos, la NT considerada más peligrosa, quizá por su mayor parecido al juego patológico, es la que se percibe menos problemática por los adolescentes. Probablemente se deba a su menor uso.

Por otro lado, se observa una mayor percepción de problema a medida que aumenta la edad de los menores, en todas la NT. Esto puede señalar bien que con la mayor frecuencia de uso se han experimentado más problemas, bien que conforme aumenta la edad de los participantes se van identificando mejor los posibles efectos negativos. El que la percepción de problemas en el uso de la TV se haya incrementado en la categoría de “siempre”, aunque no la frecuencia de su uso, parece apoyar más la segunda hipótesis, al aumentar la edad (y suponemos que la madurez) se van percibiendo mejor posibles aspectos negativos asociados al uso de NT. Si esto es cierto se debería insistir en hacer ver a los más pequeños, como medida preventiva, los problemas que puede acarrear el uso de NT, para ayudarle a evitarlos.

Respecto al tipo de conductas o síntomas que podría ser considerado indicativo de posibles problemas de adicción. En todos los casos, el Alivio que genera el uso de las Nuevas Tecnologías es el síntoma más señalado y que alcanza puntuaciones más altas. El segundo el Malestar si no puede utilizarse. Es evidente el parecido con los síntomas de abstinencia y alivio tras el uso típicos de todas la adicciones, ente ellas la adicción al juego. Otras conductas con puntuaciones relativamente elevadas, como Mayor dedicación de tiempo del necesario o Fracasos en los esfuerzos de control también apuntan en la misma dirección. Parece pues que el uso de NT también general algunos de los síntomas que son considerados característicos de las conductas adictivas.

Así pues, a partir de estos resultados si puede decirse que hay una serie de síntomas que acompañan al uso de las NT que, dado su parecido con los síntomas habituales de las adicciones establecidas como tal hasta la fecha, pueden ser indicativos de que el uso de NT

puede generar una cierta adicción. De todas la NT son la TV e Internet las que parecen facilitar con más frecuencia e intensidad estos síntomas en sus usuarios. Por otro lado es de señalar esa conducta tan específica del uso del móvil que es el consultar con insistencia la pantalla para ver si ha habido alguna llamada o SMS.

CONCLUSIONES CON RESPECTO A JÓVENES, NT Y ADICCIONES

1. Utilizan las nuevas tecnologías de forma frecuente, regular y con una alta dedicación de tiempo. La TV es la NT más utilizada, sin diferencias en función de edad o sexo, seguida de Internet, móvil y a más distancia los videojuegos.
2. Hay diferencia en el uso de las NT en función del sexo, las mujeres utilizan más Internet y el teléfono móvil, y menos los videojuegos.
3. Según aumenta la edad aumenta el uso de NT, salvo en los videojuegos.
4. La percepción de problemas asociados al uso de NT aumenta con la edad y correlaciona con incrementos en su uso. La TV es la NT cuyo uso provoca una mayor percepción de problema.
5. Las mujeres perciben más problemas que los varones en el uso de Internet y del teléfono móvil, y menos en el uso de los videojuegos.
6. El síntoma más frecuente asociado al uso de NT es el “alivio tras el uso”. Otros síntomas asociados son “malestar si no se usan”, “fracasos en los intentos de controlar el uso” o “mayor dedicación de tiempo del necesario”.
7. Por el parecido de esto síntomas con los de las adicciones establecidas se puede señalar que el uso de NT puede llevar a comportamientos adictivos.
8. Probablemente sea necesario identificar, además de estos síntomas comunes a otras adicciones, síntomas adictivos más específicos de cada una de las NT.

Bibliografía:

1. Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2005), El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, 13, 511-525.
2. Goldberg, I. (1996) *Internet addiction disorder* en: <http://www.cog.brown.edu/brochures/people/duchon/humor/internet.addiction.html>
3. Labrador, F.J. y Villadangos, S.M. (2009). Adicción a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. En E. Echeburúa, F.J.Labrador y E. Becoña (Dir.) *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes*. Madrid: Pirámide. Labrador,
4. Muñoz-Rivas, M.J. y Agustín, S. (2005) La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13; 481-493.
5. Sánchez-Carbonell, X., Castellana, M. y Beranuy, M. (2007). Las adicciones tecnológicas en la adolescencia. A J. Riart (ed.). *Tutoría y orientación en la diversidad*. Madrid: Pirámide.

Conferencia de clausura

Misericordias y esplendores: Pediatras por el mundo (Haiti 2010)

Dra. Concha Bonet de Luna

MISERIAS Y ESPLENDORES: PEDIATRAS POR EL MUNDO (Haití 2010)

Concha Bonet De Luna
Centro de Salud Segre. Madrid

Introducción al país

Haití, es un país de [las Antillas](#), situado en la parte occidental de la isla [La Española](#). Limita al norte con el [océano Atlántico](#), al sur y oeste con el [mar Caribe](#) y al este con la [República Dominicana](#) (fig. 1 y 2). La superficie total de Haití es como Galicia (27.750 km²), albergando una población de 10.033.000 habitantes (2009). Su capital y ciudad principal es [Puerto Príncipe](#), destruida por un [terremoto](#) el [12 de enero](#) de [2010](#) (fig 3). Desde su independencia el 01 de enero de 1804, ha vivido violencia política, golpes de estado, controles externos y presidentes vitalicios.

Economía

La economía de Haití es la más pobre de todo el continente americano. Tiene la renta per cápita más baja de todo el hemisferio occidental y una de las más desfavorecidas del mundo. Ocupa la posición 145 de 177 países en el índice de desarrollo humano de la ONU. Según The World Factbook, el 80% de su población vive bajo el umbral de pobreza y dos tercios de ella, depende de la agricultura y pesca fragilizadas por la carencia, empobrecimiento del suelo disponible y de la ayuda exterior. La sobreexplotación y la erosión del terreno son consecuencia de una intensiva y descontrolada [deforestación](#) que ha llevado la superficie arbolada de Haití del 60% en [1923](#) a menos del 2% en [2006](#). Estas y los sectores industriales y de servicios sufren a carencia de inversiones sostenidas por culpa de la inestabilidad y la violencia. Además se cree que un 80% de los haitianos con niveles educativos elevados han emigrado en busca de otras alternativas promoviendo la [fuga de cerebros](#) y de trabajadores. Hay gran emigración ilegal hacia la República Dominicana estimada en más de un millón de personas. Tras el terremoto unos 200.000 haitianos más se fugaron a República Dominicana. La [ayuda extranjera](#) compone aproximadamente el 30–40% del presupuesto nacional del gobierno. Fundamentalmente [Estados Unidos](#), la [Unión Europea](#) (en el que Francia es el mayor donante), [Canadá](#) y [Cuba](#) (que aporta recursos humanos y apoyo técnico).

Demografía y salud

La esperanza de vida es de 61 años. El promedio de hijos por mujer es de 4,86 (el promedio más alto del continente americano). La tasa de crecimiento poblacional es del 1,7% por año.

La mitad de los niños de Haití dicen estar vacunados y solamente el 40 de ellos tienen acceso a la asistencia médica básica. Incluso antes del terremoto del [2010](#), casi la mitad de las causas de muertes eran atribuidas al VIH/SIDA, infecciones respiratorias, meningitis, tifoideas y enfermedades por diarrea, El 90% de los niños del Haití sufren parásitos intestinales. Los casos de tuberculosis son de diez veces más altos que el promedio del resto de [América Latina](#).

Educación

El 52% de la población está alfabetizada (el más bajo de la región). Haití cuenta con 15.200 [escuelas](#) primarias, de las cuales el 90% son privadas (manejadas por comunidades, organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales). La cifra de inscritos en las escuelas primarias es del 67%, las escuelas secundarias matriculan solamente al 20% de la población elegible.

Proyecto de salud Sexual y Reproductiva de MdM España

Medicos del Mundo (Internacional) lleva 8 años trabajando en Haití con 3 delegaciones. A raíz del terremoto de intensidad 7 ocurrido en Enero del 2010, acudieron en ayuda 5 delegaciones más entre ellas MdM España. Se trabajó inicialmente en la emergencia formulando posteriormente un proyecto de salud materno infantil (Sexual y Reproductiva)

En verano del 2010, Médicos del Mundo (España) solicitó un pediatra para apoyar su proyecto de Salud Sexual y Reproductiva en Petit Goave. Gracias a la web de pediatría de Atención Primaria me enteré. Había trabajado anteriormente en cooperación, pero por distintos motivos llevaba casi 10 años sin hacerlo. Me pareció buen momento y decidí presentarme. Las condiciones del puesto eran varias y había que hablar bien francés: Me lo dieron. Estuve en Haití de octubre a diciembre del 2010

Tareas que tenía que asumir

El puesto era polivalente. Había que

- Hacerse cargo de una sala de hospitalización de 0 a 5 años (en realidad se ingresaban hasta los 18 años) de 20 camas. Hospital de Notre Dâme.
- Apoyar en la Maternidad colindante a la sala de pediatría, que llevaban MdM Bélgica (20 camas), Hospital de Notre Dâme.
- Atender a los nacidos de partos (prematuros, patológicos o complicados), Hospital de Notre Dâme.
- Apoyar a la consulta externa del hospital (medias de 90 niños diarios) Hospital de Notre Dâme.
- Apoyar las consultas de pediatría de la comunidad (7 centros en las montañas).
- Hacer Educación para la salud del proyecto de Salud sexual y reproductiva Hospital de Notre Dâme (profesionales y pacientes) y Comunidad

Algunas que no estaban previstas

Al llegar había alguna tarea más:

- Apoyar las urgencias (pediátricas), gestionadas por Cruz Roja Noruega- Canadá
- Apoyar y gestionar la farmacia de MdM España además de la de la OMS para menores de 5 años del hospital

- Gestionar mejor los traslados de los niños que no pudieran ser tratados en Notre Dâme (facilitando el transporte y actualizando los lazos con los centros cercanos donde podían ser atendidos)
- Ayudar en cesáreas y cirugía si se necesitaba
- Complimentar los registros de epidemiología del hospital y los de declaración obligatoria para el Ministerio de Sanidad haitiano junto con la Brigada Cubana.
- Intentar hacer el proyecto sostenible de forma que nos pudiéramos marchar y que los haitianos se hiciesen cargo de su hospital con la suficiente formación.
- Buscar fortalezas y debilidades entre nosotros y nuestros colegas para aprender e intentar mejorar algunas habilidades de comunicación, técnicas o traslados.
- Con la llegada del cólera, además de apoyo logístico y bibliográfico me encargué de la formación a otras ONG y grupos de interés comunitario de la región de Petit Goave. Además apoyar en la Región de Nippes a MdM Bélgica en la formación de los profesionales sanitarios de esta zona.
- Con la llegada del huracán Tomas hubo que reacomodar (sin ayuda de los gestores-directores del hospital) a los pacientes ingresados que no podían irse a casa. Hubo que desmontar las tiendas de consultas externas (pediatría y ginecología), así como el CTU (unidad de tratamiento de cólera) y volverlo a montar y a reubicar a los niños cuando pasó el peligro

El idioma en que hablamos era francés pero con la población había que manejar o traducir del creole.

Cosas que tuve que aprender:

- A manejar patología tropical e infecciosas que no se ven desde hace décadas en nuestro país o patologías que no son las habituales en nuestras consultas sin más medios que ojo clínico, un fonendo, analítica básica (hemograma, gota gruesa, HIV y Widall) y cierta medicación: Mal de Pott, sarna, intoxicaciones con todo tipo de sustancias, electrocutados, sífilis congénitas, tracoma, Insuficiencias cardiacas congestivas, malnutriciones severas, esrófulas, Sr nefritico con hipertensión y edema pulmonar, malaria cerebral, tifoideas graves, neumonías, bronquiolitis severas y tétanos.
- Patología quirúrgica (hernias graves, invaginaciones, cesáreas, heridas abiertas por machete o accidentes, etc).
- A poner sueros y a fabricarlos cuando no había (ej: Glucosados al 10%)
- A tener el móvil encendido las 24h.
- A fortalecer una red de traslados según las patologías.
- Sr de conversión y Trastornos de estrés post traumático

Además con la aparición de la epidemia de Cólera: hacerse cargo de la EpS de nuestra región, apoyar y aprender a gestionar una CTU (unidad de tratamiento de cólera) y un CTC (centro de tratamiento del cólera). Saber coordinar esfuerzos y tareas con otras ONG así como con representantes del Ministerio de Sanidad.

En la charla se comentarán algunos casos clínicos, anécdotas curiosas, antropología y algunos errores de atribución frecuentes en cooperación.

Figura 1: Situación de Haití en el Caribe y América



Figura 2. Haití con ciudades principales



Figura 3: imagen de una casa de Port au Prince tras el terremoto. Enero 2010



Talleres

Comunicación con el paciente

Dra. Rosario Dago Elorza

Dra. M^a Luisa Arroba

¿COMO INFORMAMOS Y NOS COMUNICAMOS EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA?

Rosario Dago Elorza

Especialista en Pediatría. Pediatra de Atención Primaria (EAP Castilla la Nueva – Fuenlabrada)

M^a Luisa Arroba Basanta

Especialista en Pediatría. Pediatra de Atención Primaria (EAP – Emisora Pozuelo de Alarcón)

ENTREVISTA CLÍNICA

1. INTRODUCCIÓN

Los conceptos de relación clínica, entrevista clínica, relación medico-paciente o sanitario-paciente pertenecen a esa clase de aspectos de la práctica clínica entre los que también se encuentran la profesionalidad o los valores. Estamos seguros de que todos tenemos nuestra propia idea sobre lo que es y la repercusión que ello tiene en nuestra práctica clínica, aunque lo hagamos de forma intuitiva. Conviene recordar ciertos aspectos sobre la relación clínica, ya que la relación profesional sanitario-paciente es muy importante.

La relación es una competencia clínica. Las habilidades comunicativas y ciertas actitudes y valores que deben mantener los profesionales con respecto a los pacientes y sus familias y a sí mismos son competencias clínicas que, al ser integradas con otras como el conocimiento, las habilidades para solucionar problemas y tomar decisiones, las habilidades para usar recursos y las habilidades de exploración física, favorecen el que una consulta sea efectiva. Puede enseñarse y aprenderse efectivamente. Hasta hace relativamente poco se consideraba que los aspectos relacionales formaban parte de las cualidades innatas del profesional y que, por lo tanto, no podían ser modificados, pues representaban el “arte de la medicina”.

Muchas veces identificamos nuestra forma de entrevistar con nuestra forma de ser. Esta actitud nos lleva a sostener que los pacientes “tienen que aceptarnos como somos”, y, cuando un compañero nos hace una observación sobre la inconveniencia de una determinada conducta en el transcurso de una entrevista, nos suele sentar mal o bien respondemos de forma fatalista: “qué quieres que te diga, yo soy así”. En la época de formación, durante la carrera de Medicina, los aspectos relativos a la comunicación humana habían caído sistemáticamente en el olvido. En realidad se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar y es un experto en la relación con cualquier persona, sana o enferma, siendo esta última más complicada. Esta visión, sin duda idealizada, conlleva otra fantasía: pensar que sea cual sea el tipo de pregunta o la forma de preguntar o dialogar con el paciente y las familias, se obtienen resultados similares. La entrevista clínica (EC) es considerada por algunos como medio para obtener datos significativos, con una total negación de las emociones y los sentimientos que encierra toda relación humana. En el polo opuesto encontraríamos a los defensores del humanismo científico. Sin negar el papel instrumental de la EC, entrevistamos, en efecto, para conseguir algo, aunque este “algo” sea a veces simplemente el hecho comunicativo o relacional, que, como hemos dicho, en sí mismo es terapéutico. Hoy día la entrevista en sí misma es objeto de investigación científica, siendo objeto de experimentación y asimismo de enseñanza, pues la

forma de comportarse de los profesionales puede transformarse y mejorarse perdurando estas modificaciones a lo largo de los años.

La relación clínica:

- Es el medio que hace posible el desarrollo efectivo de otras competencias.
- Es la herramienta más utilizada por algunos profesionales.
- Tiene en sí misma poder terapéutico.
- Sus efectos se pueden observar y experimentar con ellos (método científico).

Ocasionalmente esa relación entre el médico y el paciente se enrarece y es deficiente. Una relación medico-paciente deficiente se asocia con dificultades del médico para detectar el problema del paciente y recoger información clínica así como para explicar y plantear estrategias de manejo, problemas en el desarrollo y construcción de una relación terapéutica, uso inadecuado de los recursos, desgaste profesional, problemas médico-legales y una menor adherencia a los tratamientos. Cada vez son más frecuentes las denuncias a médicos. En varios trabajos Lester y Smith han demostrado que una mala comunicación por parte del médico es un factor de riesgo para los litigios. Beckman y cols. han observado que detrás del 70% de las denuncias por mala práctica había problemas de comunicación, como abandonar a los pacientes, devaluar o no comprender sus puntos de vista e informar inadecuadamente. Así pues, por todo lo anteriormente expuesto vamos a pasar a dar unas nociones teóricas sobre la entrevista o relación con un paciente y su familia.

Partimos del hecho de que todos tenemos ya una forma de entrevistar. Los años de práctica profesional sedimentan un conjunto de conductas y, por ello, la lectura de un capítulo de un libro no puede más que ser motivo de reflexión sobre nuestro quehacer diario. Aun así, tras la lectura se pueden adquirir ciertas técnicas básicas basándose en el entrenamiento de las mismas.

2. GENERALIDADES SOBRE COMUNICACIÓN

En todo proceso comunicativo existe un emisor de la información, un canal por el que se vehicula la misma, que puede ser visual, vocal, gestual, postural, paralenguaje, etc., y un receptor, que interpreta esa información. Entre emisor y receptor existen elementos condicionantes que modifican la misma como ruidos del entorno (repcionista, escasa ventilación, sala de espera deficiente, llantos en la consulta de al lado, entradas y salidas de diferentes profesionales de la consulta, teléfono, etc.), interferencias de tipo cognitivo, emocional y social. Llamamos interferencia cognitiva a la incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible. La interferencia emocional se produce cuando el paciente tiene un trastorno mental (depresión, ansiedad) o emociones extremas (resentimiento, agresividad). La interferencia social se da con una diferencia sociocultural importante entre paciente y profesional de la salud. Otro tipo de interferencia cada vez más frecuente en nuestro medio es la barrera lingüística.

Comunicación no verbal

El poder de la comunicación no verbal es enorme. Algunos autores como Davies y Knapp consideran que gracias a este tipo de comunicación los humanos transmitimos la mayor parte

del significado de nuestros mensajes. Con este tipo de comunicación, se expresan sentimientos y emociones, se regula la interacción, se validan mensajes verbales, se mantiene la autoimagen y la relación. Existen pruebas científicas que corroboran este hecho.

Dentro del estudio de la comunicación no verbal podemos distinguir diferentes componentes. La proxémica, la kinésica, el paralenguaje y la escenografía. La proxémica incluye territorialidad, distancia y orden, cómo utilizamos el espacio, cómo nos sentamos en una mesa, el acercamiento al paciente y el contacto corporal, la utilización de la mirada y la angulación del cuerpo como señales de aceptación, rechazo y jerarquías y la distribución de espacios en salas de espera y consultas. Otro componente sería la kinésica, que incluye la gestualidad y expresiones faciales, calidad y cantidad de movimiento. El paralenguaje consiste en la minuciosidad en la pronunciación de las palabras, inflexiones de la voz que transmiten emociones (ansiedad, tensión, seguridad), modulación, timbre y estereotipos de la voz. Y por último, la escenografía o espacio propio, símbolos del entorno como títulos, libros, instrumentos, máquinas, efecto de la decoración, etc...

En la kinésica distinguimos posiciones, gestos y expresiones faciales. En cuanto a la posición, básicamente tenemos posiciones abiertas y posiciones cerradas. Los gestos pueden ser emblemas reguladores, que delimitan el flujo comunicativo; ilustradores, que describen y apoyan los contenidos verbales, y adaptadores, que amortiguan la tensión interior. Las expresiones faciales manifiestan estados emocionales diversos.

Manejo del acompañante

He aquí una de las cuestiones que más cambian con respecto a la relación clínica o entrevista de un adulto con su médico. En la entrevista pediátrica, salvo la relacionada con el adolescente, siempre existe un acompañante, que suele ser la madre o el padre; en definitiva, el adulto que viene con el paciente. Así pues, se puede clasificar al acompañante de esta manera:

El acompañante invasivo o interventor, que es el que dirige en todo momento la entrevista.

Técnicas: Vacía de la interferencia: “¿Qué supone usted que tiene?”
 Frase puente dirigida al paciente: “¿Qué opinas de lo que dice tu madre?”
 Pacto de intervención: “Primero que nos cuente lo que opina y luego me comenta usted.”
 Creación de un nuevo entorno: “Probablemente el chico necesita tener un cambio de impresiones conmigo a solas. ¿no le parece?”

El acompañante pasivo, que es el que permanece al margen de la entrevista. Para este caso disponemos de las siguientes técnicas:

 Implicación no verbal: mantener buen contacto visual con ambos.
 Implicación verbal: con facilitadores del tipo de “Sí, sí... cuénteme”.
 Preguntas directas.
 Frasas puente: “¿Y usted cómo lo ve?”

Y el acompañante enfermo, que es el caso en el que la madre es la verdadera enferma y el niño o la enfermedad por la que acude es un síntoma de su enfermedad. Este caso se presenta en la consulta del pediatra con relativa frecuencia, sobre todo con los hiperfrecuentadores. Es

necesario abordar esferas psicosociales para tratar de conseguir que el acompañante/madre sea la que pida ayuda.

Características del buen entrevistador

Dentro del marco general sobre comunicación, podemos definir unas características que definen a un buen entrevistador:

- * La calidez. Hace referencia a la proximidad afectiva, dando a entender al consultante que es bienvenido y que deseamos comunicarnos con él. Existe un contacto visual facial adecuado, un recibimiento personalizado o una sonrisa oportuna.
- * El respeto. Es la capacidad de ser transparentes y honestos en la relación asistencial, preservando los puntos de vista del consultante.
- * La comprensión. Es la capacidad para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que ésta se desarrolle en términos comprensibles para ambos, y de forma bidireccional.
- * La baja reactividad. La reactividad es el tiempo que transcurre desde que el paciente termina de hablar hasta que el profesional lo hace.
- * La empatía. Es la capacidad del entrevistador para comprender las emociones del paciente y darle a entender esta comprensión y para conectar con el sufrimiento o alegría del paciente. El entrevistador se solidariza con sus emociones. Puede ser verbal o no verbal, como, por ejemplo, un gesto.
- * La asertividad es la capacidad para cumplir de forma plena y segura los derechos y deberes correspondientes a nuestro rol profesional, sin mostrar inseguridad a la hora de tomar decisiones y haciéndole ver al paciente que se encuentra en buenas manos.

3. OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

- A. Obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico y conocer el motivo por el que el paciente acude.
- B. Prescribir un tratamiento o recomendar una pauta de conducta.
- C. Establecer una relación asistencial satisfactoria.

4. TIPOS DE ENTREVISTA CLÍNICA

Existen diferentes tipos de entrevista según los objetivos, el método, el receptor de los cuidados de salud o el canal de comunicación.

Según los objetivos, la entrevista puede ser operativa, es decir, con objetivos acordados previamente, o de diagnóstico o de escucha, en la que la finalidad no se ha acordado previamente.

Según el método de entrevistar, tenemos la entrevista libre, con libertad total del entrevistado para escoger los contenidos a explicar; la dirigida o estructurada, en la que los contenidos están totalmente predeterminados por el sanitario, y la semidirigida o semiestructurada, cuyos contenidos están parcialmente determinados por el sanitario con espacio libre para la narración del paciente.

Según el receptor de los cuidados de salud, la entrevista puede ser dual, en la que el profesional de salud entrevista a un solo paciente, como, por ejemplo, cuando acude un niño mayor o adolescente sin acompañante o bien un familiar a consultar algo sobre el paciente. También puede ser múltiple, cuando establece en una misma consulta diferentes visitas a varios miembros de una familia.

Según el canal de comunicación, se puede dividir en consulta cara a cara, en la que el profesional y paciente están uno frente al otro, y la consulta telefónica, en la que la consulta evidentemente se produce mediante este medio.

Después de hablar un poco sobre los tipos de entrevista, nos vamos a centrar en el análisis de la entrevista semiestructurada o semidirigida, que es la que mejor podemos utilizar, tanto por el tiempo como por los contenidos que se pueden aplicar.

5. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Si diseccionamos o analizamos cuidadosamente cualquier entrevista ordenada encontramos en todas, una sucesión de hechos que beneficia a la consecución de los objetivos por ambas partes. Las partes de la entrevista clínica con las que podemos contar son:

1. *Parte exploratoria*, en la que intentamos averiguar el motivo o motivos de consulta. Se produce un vaciaje de la información preelaborada mediante apoyo a la narrativa, búsqueda de datos específicos necesarios para tomar decisiones y acompañamiento de exploración física o bien técnicas instrumentales.
2. *Parte resolutive*, en la que se enuncian y explican los problemas encontrados, o se negocia con el paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas propuestas.
3. Y, por último, *cierre de la entrevista* y toma de precauciones.

A continuación comenzaremos a analizar cada parte por separado.

Parte exploratoria

1.- Recibimiento cordial

La forma habitual de iniciar una relación clínica en la consulta es mediante el recibimiento. Durante éste y en los primeros momentos de la consulta, tienen lugar reajustes conductuales que pueden determinar el resto de la consulta y de la relación. Mediante métodos de análisis conversacional, algunos autores han llamado la atención sobre cómo determinadas secuencias de apertura y reglas usadas en el recibimiento por los médicos pueden también determinar la concordancia entre médico y paciente o el grado en el que ambos van a compartir las decisiones durante el resto de la consulta. A continuación vamos a describir algunas habilidades.

- a) Saludar al paciente de forma verbal.
- b) Contacto físico. No queremos decir que exista obligación de dar la mano a todos los pacientes que entren en nuestras consultas, pero, si tenemos la posibilidad de tener un contacto cercano, hagámoslo. El contacto físico es muy potente si se emplea con sentido común, y alcanza en la exploración su mayor protagonismo.
- c) Contacto visual-facial. Los aspectos no verbales en los primeros segundos son de gran importancia, entre ellos el mantener la mirada mientras se recibe, lo que indica el grado de atención e interés que ofrecemos a nuestro interlocutor. En estudios realizados con residentes y pacientes en consultas, esta falta de contacto visual es lo que más se echó de menos, pues en general se enfocaba la atención al ordenador.
- d) Sonreír. Recibir con una sonrisa es un gesto que demuestra buena disposición y que algo nos gusta, por lo que tiene gran valor aunque sea forzada, pues denota un esfuerzo por parte del profesional por agradar (Borrell).
- e) Llamar al paciente por su nombre. Suele demostrar cierta familiaridad y facilita el establecimiento de la relación.
- f) Acomodar. La acomodación denota, además de cortesía, interés por la comodidad del paciente y, en cierta manera, ayuda a transmitir nuestra disposición a compartir con éste los siguientes minutos, sin prisas. La acomodación puede ser gestual o verbal.
- g) Clarificar papeles. Cuando vemos por primera vez a un paciente, la clarificación de nuestro papel en la consulta y en sus futuros cuidados suele ser de gran ayuda para la madre y el paciente. Como médico/pediatra titular o habitual en la consulta no es necesario, pero puede ser útil para residentes, médicos suplentes o estudiantes, que son profesionales que atienden a muchos pacientes nuevos.
- h) Recoger la apertura del paciente. Siguiendo a Roger Neighbour, denominamos “apertura del paciente” a aquel comentario que realiza el paciente justo al entrar en la consulta, el cual, por regla general, no suele estar relacionado con el motivo que le lleva a esta, ni con lo que tenía pensado decir. Es un comentario espontáneo que puede ser muy revelador.

- i) Invitar a que el paciente exponga sus motivos de consulta, generalmente mediante una pregunta abierta. El error más frecuente es el de presuponer el motivo de consulta haciendo una pregunta cerrada.

Hay algo que choca frontalmente con estas técnicas comunicativas, que es el uso de los sistemas de registro y, en concreto, la utilización de ordenadores en la consulta. Existen estudios que demuestran que los médicos presentan una serie de conductas, cuando usan el ordenador, que afectan negativamente a su relación con los pacientes, en comparación con las conductas que adoptaban cuando usaban registros manuales.

A continuación ofrecemos algunas técnicas útiles para manejar el ordenador en la consulta:

- Antes de que el paciente entre, revise sus registros.
- Termine con un paciente antes de que entre el siguiente.
- Si ya ha entrado, explíquele lo que hace y solicite su permiso para continuar: "Permítame un momento y enseguida estoy con usted".
- Cuando el paciente comience su discurso, la mejor actitud que se puede adoptar consiste en olvidarse del ordenador y centrarse completamente en escuchar al paciente.
- Si hay que corroborar algún dato, que esto cause el menor impacto en la narrativa del paciente.
- Al abandonar el contacto visual el paciente suele dejar de hablar; hagámosle alguna señal verbal o gestual para que continúe su narrativa.
- Una vez concluida la fase de obtención de la información, al volver al ordenador es el momento de informar de lo que vamos a hacer con él.
- Evite prestar excesiva atención al ordenador durante periodos largos.
- Utilice el ordenador para fortalecer su relación; por ejemplo, compartiendo información, confirmando actuaciones pasadas, etc...

2.- Pregunta abierta

Es una pregunta sencilla, sin coletillas, pues éstas cierran las posibilidades de respuesta: "¿Qué le pasa?" "¿Qué tal?" "Cuénteme" "Usted dirá".

3.- Técnicas de apoyo narrativo

Las que crean un clima de confianza: empatía, silencios adecuados y facilitaciones.

- La empatía ha sido definida como una conducta, una dimensión de la personalidad o una emoción, es decir, es algo complejo que tiene varias fases, dimensiones y componentes. Según Rogers y otros autores, la empatía constituye una de las más importantes habilidades para construir y mantener una relación terapéutica. Esta habilidad conlleva el poner en juego una serie de conductas que están encaminadas a descifrar los sentimientos y las preocupaciones del paciente y darles una respuesta, de manera que el profesional le demuestre que los ha entendido y aceptado. La empatía supone, por lo tanto, el reconocimiento y reflejo del estado emocional del paciente. Es algo diferente de la simpatía, que es la respuesta emocional paralela a la emoción del paciente y en el mismo sentido. La enfermedad conlleva, generalmente, distintos tipos de sentimientos, como

aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, ira, etc. Una comunicación basada en la empatía contribuye a mitigarlos y, por ello, es terapéutica. La actitud de empatía implica una serie de conductas no verbales y otras verbales, siendo en este caso las no verbales de más trascendencia y efectividad. Las habilidades para ser empáticos pueden aprenderse, pero para que estas sean genuinas, lo que se debe hacer es integrar los elementos de la empatía dentro de un estilo natural de relación. El proceso de mostrar empatía requiere, como mínimo, pasar por las siguientes fases:

- 1.- Darnos cuenta de cuando se produce un momento afectivo.
 - 2.- Tratar de entender y apreciar de forma sensible la existencia de la emoción.
 - 3.- Comunicar al paciente la comprensión de su emoción.
 - 4.- Ofrecer ayuda y apoyo al paciente.
- Los silencios adecuados, consisten en una ausencia de comunicación verbal, sin mensajes no verbales que limiten la narrativa del paciente. Se trata de proporcionar un tiempo de meditación, ayudar a la concentración del paciente o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.
 - Las facilitaciones consisten en conductas, tanto verbales como no verbales, que ayudan a iniciar o proseguir un relato. No se indican ni sugieren contenidos; por ejemplo, “Continúe... sí ...mmm...” Cabeceos.

Y las que favorecen la elaboración de percepciones, ideas o emociones:

- Las frases por repetición. Es la repetición de una palabra o frase que orienta la atención del paciente hacia un determinado contenido.
 - La clarificación. Conducta verbal o no verbal que obliga a explicar el sentido de un término o idea. “¿Qué ha querido decir con...?”
 - El señalamiento, que ayuda al paciente a clarificar emociones o ideas, evidencia conflictos o áreas de estrés psicosocial, profundiza en las motivaciones del paciente y le muestra sus emociones o conductas. Puede ser gestual, o conductual. “Desde hace un mes me parece que...”
 - La interpretación, que consiste en ofrecer al paciente una visión de lo que le ocurre a partir de variables biográficas importantes que explicarían conductas aparentemente inconexas o poco justificadas.
- 4.- Técnicas para obtener información específica o concreta como son:
- La pregunta abierta. Es la pregunta que obliga a responder con una frase y no encierra en sí misma sugerencias. Las preguntas abiertas dejan libertad para responder como se crea más conveniente sobre un determinado tema. Nos permiten obtener una gran cantidad de información, a la vez que dejan al paciente contar su propia historia. Estas preguntas abiertas se deben hacer fundamentalmente al comienzo de la entrevista. Conviene evitar la coletilla que cierre la pregunta (por ejemplo: “¿Cómo es el dolor? ¿Punzante?”), así como saltar a una pregunta cerrada sin antes probar un menú de sugerencias.

- El menú de sugerencias. Encierra en su formulación al menos dos sugerencias.
- Preguntas cerradas. Son aquellas que se pueden responder con un monosílabo. Cuando hacemos preguntas cerradas, el paciente cuenta con pocas opciones de respuesta y generalmente responde con un sí o con un no. Estas preguntas son de mayor utilidad cuando se trata de perfilar los últimos detalles de una determinada información. Entre las preguntas abiertas y las cerradas, tenemos las preguntas dirigidas, como, por ejemplo: “¿Cómo se le ha aliviado en otra ocasión este dolor?”. Hay que evitar concatenaciones de varias preguntas cerradas, pues el paciente contesta la última y el entrevistador la da por buena. Conviene evitar, asimismo, el basar el examen en este tipo de preguntas, a las cuales tenemos bastante tendencia, y complementarlo con técnicas de apoyo narrativo y después de probar preguntas abiertas y menús de sugerencias. Generalmente, lo más eficaz es iniciar la recogida de información con preguntas abiertas, luego pasar a las preguntas dirigidas y, por último, acabar con las preguntas cerradas. Esto se denomina la estrategia del “cono”.

5.- La delimitación de la demanda

“¿Algo más”? Conviene hacer esta pregunta tras la narrativa inicial del paciente, y siempre antes de la exploración física. Cuando esta pregunta se realiza al final, con el cierre de la entrevista, se producen grandes distorsiones para el entrevistador. Se ha demostrado que las consultas en las que el médico ha redirigido precozmente el discurso del paciente mediante preguntas cerradas, la aparición de nuevos problemas en la fase de cierre fue significativamente más alta, que en las que no se redirigía el discurso (un 26% frente a un 13%).

Errores más frecuentes en la parte exploratoria:

- Presuponer el motivo de consulta.
- Alta reactividad del profesional sanitario, sin dejar hablar al paciente.
- Mezclar la exploración con recomendaciones finales.
- Seguridad prematuras.
- Antagonismos o culpabilizaciones.

Conviene evitar comentarios que critiquen, culpabilicen o pongan en cuestión la conducta o las emociones del paciente. Si tenemos que criticar la conducta de un determinado paciente (y ello puede ser conveniente), es preferible hacerlo en la parte resolutiva, una vez realizada la exploración física. Las seguridad prematuras, que son respuestas prematuramente tranquilizadoras, también conviene evitarlas, pues sólo tranquilizan a quien las emite.

6.- Comprobación e integración de la información

Comprobar que la información que hemos obtenido es la apropiada constituye una habilidad esencial relacionada con la escucha activa. Tras haber captado las pistas más relevantes y haberlas seguido adecuadamente, debemos hacer una comprobación final y cerciorarnos de que no hemos seguido un camino equivocado, sino que nuestro trabajo nos ha llevado a descubrir el verdadero problema del paciente. Esta técnica se conoce con el nombre de “resumen”. Con esta técnica el profesional ordena en su cabeza la información y puede

comprobar en qué medida ha comprendido lo que le ha explicado el paciente durante la consulta. Para esta tarea de comprobar, se recomienda hacer resúmenes concretos y elaborarlos con las propias palabras del paciente. Un esquema válido para exponer los diferentes problemas e integrar la información consiste en:

1. Delimitar los motivos de consulta
2. Explorar cada uno de los motivos de consulta mediante una secuencia de:
 - a) Preguntas abiertas
 - b) Escucha activa de intervención mínima con facilitaciones
 - c) Preguntas cerradas
 - d) Resumen

A la hora de integrar la información que nos aporta el paciente es cuando debemos pensar de una forma bio-psico-social. Algunos autores denominan a este proceso el salto a lo psico-social. Es fundamental en algunas patologías como las psicósomáticas, somatoformes etc...

7.- Actualización de problemas anteriores

Tras saber el motivo de consulta y siempre que haya tiempo suficiente, es recomendable preguntar por algún problema reciente para saber como ha evolucionado. Esto ayuda y confirma algunas ideas o tratamientos puestos anteriormente.

8.- Exploración física

Pedir permiso, explicar lo que vamos a hacer y respetar la intimidad. Aunque sean niños, no nos debe olvidar. Ellos nos lo agradecen a veces sólo con la mirada.

Parte resolutive

La parte resolutive de la entrevista clínica se inicia cuando el profesional toma una decisión acerca de la mejor conducta que debe adoptarse. En este punto, el peso de la entrevista bascula hacia el profesional de la salud. Éste siente que debe dar algún tipo de explicación, consejo o información al paciente y su familia y por su parte el paciente o su familia esperan alguna respuesta a su demanda. En este momento de la entrevista el elemento informativo gana protagonismo. Informar no es exactamente lo mismo que educar. La educación es un proceso más global, un proceso en el cual tratamos de modificar conductas y creencias del paciente. La información por sí sola puede conducir a cambios importantes en el estilo de vida, pero no forzosamente. La característica básica de la información es que la damos en una hora y un lugar concretos, mientras que el proceso educativo es un proceso que se da en una relación humana en la que los procesos de imitación, identificación y persuasión tienen tanta o más importancia que la simple información en el logro de cambios saludables en el estilo de vida.

La información emitida tiene que tener una serie de características:

- Debe ser formal, comprensible y entretenida, es decir, que mantenga la atención.
- Hay que tener en cuenta lo siguiente:
 - * lo que se menciona en primer lugar se recuerda mejor;

- * se recuerda más aquello que establece una relación con conocimientos previos que pueda tener el paciente sobre la materia concreta de la que informamos;
- * se recuerda más aquello que entendemos como verdaderamente importante para nuestra salud.

En cuanto a la eficacia de la información, conviene saber que una correcta información no asegura el seguimiento del tratamiento. Una persona no modifica sus hábitos de vida simplemente porque le informemos de que sus hábitos son tóxicos o perjudiciales. Y un paciente que no hace caso de nuestras recomendaciones no tiene por que ser una persona que no nos ha comprendido o que ha sido mal informada. Muchas personas a las que se les informa correctamente declararán que no han recibido ningún tipo de información sobre su padecimiento. A estas personas les hace falta motivación y no sólo información. La entrevista motivacional es la que trata de buscar las pistas para que el paciente se adhiera al tratamiento , pauta o régimen de vida modificado.

Habilidades y técnicas para informar personalmente:

1. Conocer lo que ya sabe el paciente. Con esta técnica nos ahorramos tiempo y además sirve para valorar en qué medida la visión del paciente difiere de la nuestra y qué habrá que hacer para llegar más fácilmente a un acuerdo.
2. Preguntar al paciente qué otra información cree que podría serle útil.
3. Ser oportuno y dar la explicación en un momento adecuado.

En cuanto a la aplicación de las técnicas informativas, hay que decir que son fáciles de comprender, pero difíciles de aplicar; que producen una mejor comprensión y memorización de los mensajes informativos, que mejoran la atención del paciente, pero que, sin embargo, no aseguran un éxito automático en la mejora del cumplimiento de los tratamientos.

Siguiendo el análisis que hemos empezado en la parte exploratoria de la entrevista clínica, pasamos a la secuencia de técnicas analizando la parte resolutiva:

1.- Enunciación del problema.

2.- Propuesta de acuerdo.

3.- Información: Técnicas para informar con claridad

- Cuidar la dicción sin utilizar tecnicismos
- Dar la información en pequeñas dosis y de forma ordenada
- Resaltar lo más importante
- Repetir lo más importante
- Utilizar ejemplos
- Adaptar la información a la lógica del paciente
- Valorar la importancia de la presentación y la forma de hacerla
- Utilizar ilustraciones adecuadas
- Comprobar qué es lo que ha entendido el paciente.

Ahora bien, cuando al dar información al paciente se advierte que éste no la acepta tal y como se le da y da muestras de que no le satisface el plan diagnóstico, terapéutico o preventivo que le estamos ofreciendo, queramos o no, estamos frente a una entrevista en la que hay que influir, persuadir, negociar o motivar. No hay que olvidar que debemos entender el derecho que tiene el paciente a participar y opinar sobre su proceso asistencial, por ello hay que desarrollar una respuesta evaluativa frente a las opiniones del paciente, aunque estas opiniones se digan de manera agresiva o recelosa, y debemos ser capaces de desarrollar técnicas de negociación y persuasión, incluso en situaciones en que creamos poco justificadas las opiniones del paciente. Ello se contraponen a la respuesta justificativa, que es la más habitual cuando a cualquier profesional se nos pone en entredicho. Este punto, la respuesta evaluativa es de enorme importancia y es la clave de toda la negociación. Requiere por parte del entrevistador una actitud reflexiva equivalente a decir: “¿Y si efectivamente tuviera razón?” “¿Y si lo que desea decirme fuera de interés?”. La exploración de creencias debe hacerse en un clima no verbal pertinente, para evitar parecer excesivamente críticos. Es necesaria una escucha que intente encontrar los aspectos positivos, hallando las ideas o sugerencias aprovechables del paciente o su familia. Adaptar las preferencias del paciente a su plan terapéutico es indudablemente una virtud del entrevistador. Una vez sabemos lo que piensa y quiere el paciente, decimos que éste se ha posicionado. Este posicionamiento es condición necesaria para un posterior diálogo constructivo. Mal podemos convencer a nadie de una opinión si antes no expresa lo que piensa. Una causa que lleva determinados pacientes a poner peros y, sin embargo, no definirse sobre sus preferencias alternativas, es la desconfianza hacia el profesional. En esta tesitura el paciente puede poner pegas a las propuestas del sanitario basadas más en una sensación emocional de malestar que en razones meditadas. Una vez escuchado el posicionamiento del paciente, podemos ceder o contraponer otras opiniones. La entrevista semiestructurada propone un conjunto de habilidades para pactar y acordar una futura actuación como son, por ejemplo, el doble pacto, el paréntesis, la reconducción por objetivos, las cesiones, etc. De todas maneras, sería peligroso entender estas habilidades como un camino de saber imponer de manera más elegante, pero en definitiva imponer, el mismo esquema relacional fuertemente autoritario. Este es uno de los peligros de estas habilidades, a saber, dar elementos que pueden ser utilizados para una mejor relación asistencial, pero que también pueden servir para manipular al paciente. Por ello insistimos en que todas estas habilidades de comunicación deben sustentarse en un interés genuino por el paciente y en un respeto por su libertad.

4., Técnicas de negociación. Si se detectan resistencias, aplicaremos técnicas de negociación, entre las que están las siguientes:

- Exploración de creencias. Consiste en preguntar al paciente de forma inocente y genuina por sus creencias o pensamientos. Este punto es capital para conocer la fijación de la postura o posicionamiento del paciente frente a la propuesta del entrevistador. Finaliza cuando tenemos claro el punto de vista del paciente.
- Cesión real. Acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla de manera inmediata.
- Cesión intencional. Acepta una petición o sugerencia del paciente a nivel de intenciones futuras. “Me parece bien que me lo diga, lo tendré en cuenta”.
- Cesión diferida. Acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla en un lapso de tiempo. “Si no mejora en 48h, le haremos la radiografía”.

- Cesión condicional. Acepta una petición o sugerencia del paciente si se cumple una determinada condición. “Si no mejora, podríamos hacer lo que propone”.
 - Reconversión de ideas. Es la discusión franca y honesta entre el profesional de la salud y el paciente en torno a las reticencias de este último hacia los consejos o tratamientos del sanitario.
 - Paréntesis. Se trata de posponer la resolución de la demanda, ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o tratamiento, ya posponiendo otra medida solicitada por el paciente. “Aún no lo conozco lo suficiente para poder opinar”.
 - Doble pacto. Consiste en ceder en un punto a cambio de otra cesión, de forma explícita.
 - Disco rayado. El entrevistador repite su posición entendiendo que es el punto final de la negociación, sin cambios en la tonalidad de voz y sin dar la impresión de que puede reabrirse el proceso.
 - Negativa argumentada seguida de disco rayado. Primero argumentamos la negativa, tras lo cual, si el paciente insiste, no posicionamos en un “no” sin añadir nuevos argumentos, ni tampoco cambiar nuestro tono emocional, que debe de ser plano. En algún sentido es una técnica final, pues damos a entender que ya no vamos a permitir ser convencidos, ni variar nuestra postura.
 - Decir que sí, decir que no. El profesional tiene claros los márgenes de negociación y sabe conceder y denegar sin vacilaciones.
 - Transferencia de responsabilidad. Deriva la petición del paciente a otros profesionales o personas responsables.
 - Reconducción por objetivos. Reconducimos la entrevista al terreno en que puede resultar más provechoso. Es importante en el manejo de la agresividad y ante situaciones de tensión.
 - Propuesta de nueva relación. Indica una condición necesaria para proseguir con la relación asistencial. “Si no confía en mí, no puedo seguir siendo su pediatra”.
- 5.- Entrevista motivacional. Si se detectan resistencias y la causa es la motivación aplicaremos las técnicas de la entrevista motivacional, que no se exponen en este texto.
- 6.- Comprobación de la comprensión de esta parte. Siempre atento a la comunicación no verbal para no molestar al paciente. Procurar no hacer daño con las comprobaciones.

* Errores más frecuentes en esta parte.

- Mezclar la parte exploratoria con la resolutoria.
- Expresar la información en términos médicos y excesivamente técnicos, que no se comprendan bien.
- No tolerar opiniones de los pacientes o sus acompañantes o acogerlas con recelo.
- Mantener una respuesta justificativa.
- Consumir tiempo excesivo con pacientes que “no acaban de estar convencidos” de nuestras recomendaciones o tienen ideas propias con un bajo rendimiento de dicho tiempo.

Cierre de la entrevista

El cierre del encuentro clínico comparte aspectos con cualquier cierre de un episodio relacional. Aquí tenemos unas recomendaciones de lo que los expertos proponen para que los cierres de las consultas sean adecuado.

- Avisar sobre el cierre
- Resumir la sesión
- Revisar los objetivos
- Planificar próximas visitas y pasos
- Establecer planes de contingencia o toma de precauciones
- Preguntar si el paciente tiene otros temas
- Animar y apoyar al paciente
- Clarificar el plan

Las técnicas anteriormente descritas son muy sencillas de entender y comprender aunque algo más difíciles de practicar. Lo interesante es introducirlas en nuestra práctica habitual sin necesidad de analizarlas cada vez que se utilizan y ante una relación deficiente preguntarnos cual puede ser el motivo para subsanarlo.

Bibliografía

1. Borrell-Carrio F. Manual de Entrevista Clínica. Doyma. Barcelona 1989
2. Borrell-Carrio F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Ed semFYC.2004
3. Ruiz Moral R. Relación clínica. Ed. semFYC 2004
4. Tizón JI. Componentes psicológicos de la práctica médica. Doyma, Barcelona 1988.
5. Tizon J. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud I. Su origen. Aten. Primaria 1993;11: 309-312.
6. Tizon J. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. Aten. Primaria 1993;11:361-366.
7. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires 1961 (posteriores reediciones).
8. Neighbour R. La consulta interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C S.L.:1998
9. Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza; 1998
10. Pease A. El lenguaje del cuerpo. Paidós. Barcelona 1988.
11. Knapp ML. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Paidós. Barcelona 1988
12. Bernstein L. Interviewing. A. *A guide for health professionals*. Appleton Century Crofts. New York 1985.
13. Froelich & Bishop. *Clinical Interviewing skills*. The Mosby Cia. St. Louis 1977.
14. Thom D, Physicians TSTS. Physician behaviors that predict patient trust. J Jam Pract 2001;50:323-328.
15. Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. *The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. JAMA 1997;277:553-559.
16. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. *Surgeons tone of voice: A clue to malpractice history*. Surgery 2002;132:5-9.

Películas recomendadas

1. El Doctor. 1991. Randa Haines
2. Las confesiones del Dr. Sachs. Michel Deville. 2001.
3. Patch Adams. Tom Shadyac. 1998
4. Mumford. Lawrence Kasdan. 1990

Comunicaciones en formato póster

Neuropediatría

NE-01.- UNA RAREZA INFRADIAGNOSTICADA: SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER

Cepillo Boluda, A.J.; Martín-Tamayo Blázquez, P.; Mayordomo Almendros, M.; Onsurbe Ramírez, I.; Toledo León, D.; Buedo Rubio M.I.; García Mialdea, O.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

ANTECEDENTES: El Síndrome de Parsonage-Turner (SPT) o neuritis braquial aguda, es una entidad que afecta a la musculatura escapular de etiopatogenia desconocida. Se caracteriza por dolor seguido de paresia en la región afecta. Conocer el cuadro típico evita la iatrogenia sobre el paciente y permite la instauración del tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO: Niña de 5 años que consulta por dolor intenso en hombro izquierdo e impotencia funcional progresiva de una semana de evolución. No antecedentes de interés. A la exploración presenta impotencia funcional y atrofia de la musculatura del deltoides, serrato, supra- e infraespinoso con hipoestesia en región deltoidea. Se realizó electromiograma (EMG) que mostró denervación de la musculatura afecta, y resonancia magnética (RM) que evidenció signos de tendinopatía distal del supraespinoso. Se inició tratamiento corticoideo y rehabilitador con mejoría progresiva hasta la resolución total en las siguientes semanas.

COMENTARIOS: El SPT en pediatría es infrecuente con pocos casos descritos en la literatura aunque debe tenerse en cuenta ante todo paciente con hombro doloroso. Su diagnóstico es de exclusión pero existen pruebas que nos pueden ayudar a reconocerlo como la RM y el EMG. Presenta una evolución favorable con resolución espontánea aunque está demostrado el beneficio del tratamiento antiinflamatorio y rehabilitador

NE-02.- TRATAMIENTO CON OMEPRAZOL DE LA IRRITABILIDAD SECUNDARIA A ACTH EN EL SÍNDROME DE WEST

Delgado García, Ana Belén; Carrascosa Romero, M^a Carmen; Balmaseda Serrano, Elena; Buedo Rubio, María Isabel; Hernández Bertó, Tomás; Cepillo Boluda, Antonio Javier
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El síndrome de WEST es una epilepsia generalizada del lactante. La ACTH sigue siendo tratamiento de primera línea; entre sus efectos adversos destaca la irritabilidad. Presentamos una paciente en tratamiento concomitante con Omeprazol que evitó este efecto adverso.

CASO CLÍNICO: Lactante de 4 meses, presenta espasmos en flexión y desconexión del medio. Antecedentes Personales: epilepsia con foco temporal mesial izquierdo controlada con fenobarbital y fenitoína, y Omeprazol por Reflujo gastro-esofágico. El EEG demuestra hipsarritmia, iniciando ACTH (20 u/día) y Topiramato, con remisión completa del cuadro tras 4 días de tratamiento. No presentó irritabilidad.

DISCUSIÓN: El Síndrome de West constituye una urgencia neurológica. La ACTH sigue siendo tratamiento de primera línea, aún se desconoce la duración y la dosis óptima a utilizar, no obstante el inicio de su administración debe ser lo más precoz posible, pues se traducirá en un porcentaje más elevado de desaparición de las crisis, menor tasa de recurrencia, y menor afectación del desarrollo psicomotor. Como efectos adversos destacamos: HTA, infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas (hipopotasemia), y frecuentemente irritabilidad que mejora con clobazán. En nuestra paciente la ausencia de irritabilidad por ACTH pudo tener relación con el Omeprazol, y proponemos observar en los próximos síndromes de West esta posibilidad.

NE-03.- DISPLASIA CEREBELOSA QUÍSTICA CON APRAXIA OCULOMOTORA

García González, V.; Carrascosa Romero, M.C.; Lozano Setién, E.; Castillo Serrano, A., Cepillo Boluda, A.J.; Pardal Fernández, J.M.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

ANTECEDENTES: Se presenta un lactante con apraxia oculomotora y displasia cerebelosa quística debido a la excepcionalidad del caso.

CASO CLÍNICO: Mujer de 6,5 meses de edad, remitida a estudio por movimientos oculares horizontales erráticos con escasa fijación de la mirada. Exploración neurológica: normoconfigurada, destacando hipotonía axial, fuerza y ROTs disminuidos, sin atrofia de masas musculares ni fasciculaciones y alteración de la coordinación visuomanual. Exploraciones complementarias: Hemograma, bioquímica, ferrocínética, hormonas tiroideas normales. Discreto aumento de CK (195 U/l) y aldolasa (7,3 U/l). EEG normal; ENG normal; EMG: ocasionales potenciales de características miopáticas. RM cerebral: displasia cerebelosa con polimicrogiria, microquistes y alteraciones de la sustancia blanca supratentorial, con displasia cortical. Genética: no se encontraron mutaciones del gen FKR1P. Evolución: Retraso global de desarrollo con ambulación a los 4 años.

COMENTARIOS: La displasia cerebelosa quística constituye una malformación poco frecuente, generalmente asociada a otras alteraciones de migración de la corteza cerebral; los pocos casos descritos se han relacionado principalmente en el contexto clínico de distrofia muscular tipo Fukuyama. Entre la etiología de la apraxia oculomotora se han citado malformaciones cerebelosas, entre otras causas, pero no la hemos encontrado en asociación a displasia quística en la literatura (todo Medline).

NE-04.- USO DEL LEVETIRACETAM INTRAVENOSO EN LAS CRISIS EPILÉPTICAS PROLONGADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Delgado García, Ana Belén; Martín-Tamayo Blázquez, M^a del Pilar: Mayordomo Almendros, María; Onsurbe Ramírez, Ignacio; Buedo Rubio, María Isabel; Hernández Bertó, Tomás
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El estatus epiléptico es una emergencia neurológica que requiere un diagnóstico inmediato y un tratamiento efectivo, pues su retraso asocia una morbimortalidad significativa.

OBJETIVO: Comprobar la efectividad del levetiracetam (LVT) en estatus epilépticos en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de Pediatría durante el 2010.

RESULTADOS: Se recogen 5 casos en el periodo descrito. Todos los pacientes fueron atendidos en Urgencias con el diagnóstico de status epiléptico tónico-clónico generalizado. Antecedentes personales: Un paciente diagnosticado de Síndrome de Dravet, un paciente con encefalopatía hipóxico-isquémica, un paciente con Síndrome de X frágil y dos pacientes con crisis febriles simples previas sin tratamiento de base. Previamente al uso de LVT todos los pacientes recibieron dos dosis de benzodiacepinas y un paciente dos bolos iv de Ácido Valproico. Todos cedieron tras la primera dosis de LVT iv (bolo 20mg/kg) y no se registraron efectos adversos medicamentosos.

DISCUSIÓN: Levetiracetam es un fármaco eficaz en múltiples tipos de estatus epilépticos. Presenta absorción rápida con 100% de biodisponibilidad, farmacocinética lineal y metabolismo renal con escasos efectos adversos. Desde la introducción de su formulación endovenosa, su uso se ha incrementado, siendo actualmente una alternativa al valproato y a la fenitoina en el tratamiento del status.

NE-05.- SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT, UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

Buedo Rubio, María Isabel; Martín-Tamayo Blázquez, María Pilar; Onsurbe Ramírez, Ignacio; Mayordomo Almendros, María; Delgado García, Ana Belén; Hernández Bertó, Tomás.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una patología infrecuente dentro de las oftalmoplejías dolorosas, caracterizada por dolor periorbitario unilateral asociado a lesión ipsilateral del III, IV, VI y/o primera y segunda rama del V par craneal, consecuencia de inflamación inespecífica del seno cavernoso o la fisura orbitaria superior.

CASO CLÍNICO: Niña de 7 años acude a Urgencias por ptosis palpebral derecha y dolor periorbitario de 24 horas, encontrándose afebril y sin proceso infeccioso intercurrente. Había presentado dos episodios similares, autolimitados, sin otros antecedentes. La exploración física presentaba parálisis de la supraducción y aducción del ojo derecho, con ptosis palpebral, sin afectación pupilar ni alteración de otros pares craneales. Las pruebas complementarias fueron normales. Diagnosticada de STH se trató con Prednisona 1mg/Kg/día durante 5 días. La oftalmoplejía y el dolor se resolvieron a las 48 horas, persistiendo ptosis palpebral leve.

COMENTARIOS: El diagnóstico de Síndrome de Tolosa-Hunt precisa descartar patología vascular, traumática, tumoral e infecciosa. Excluidas éstas, el dolor orbitario unilateral y oftalmoplejía, junto con respuesta a corticoides, permite establecer el diagnóstico. Aunque el pronóstico es bueno y la resolución del dolor es completa, el cuadro puede recurrir, persistiendo anomalías en la motilidad ocular o palpebral, como en nuestro caso.

NE-06.- PÉRDIDA SÚBITA DE SENSIBILIDAD DE ORIGEN NO NEUROLOGICO

Orío Hernandez, Mireya; Manzano Blanco, Santiago; Cedena Romero, Pilar; Romero-Hombrebueno Domínguez, M^a Nieves; Alonso Cristobo, Mercedes; García-Vao Bel, Carlos
Servicio de Pediatría. Hospital del Tajo (Aranjuez)

ANTECEDENTES: El trastorno de conversión en la infancia suele manifestarse en la adolescencia. Es la expresión inconsciente de un problema psicológico subyacente, a considerar ante patología no explicable médicamente tras estudio.

CASO CLÍNICO: Mujer de 14 años consulta por episodio de anestesia súbita en ambos pies y piernas. No cefalea, no disfunción de esfínteres. No traumatismo ni infección previos. Episodio similar el día anterior, que cedió en 2 horas, tras diacepam y sueño nocturno. Ansiedad en relación a discusiones familiares por fracaso escolar. Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Exploración física: Colaboradora, preocupada. Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Fuerza normal. ROT normales. Anestesia termoalgésica simétrica en pies y piernas, hasta rodillas. Reflejo cutáneo-plantar ausente. Incapacidad para la marcha, no apoyo plantar adecuado por insensibilidad. Propiocepción normal. No otras alteraciones.

P.complementarias: RMN con contraste de cerebral y vertebral: sin alteraciones.

Valoración psiquiátrica: Cuadro sugestivo de trastorno de conversión.

Evolución: Resolución espontánea de la clínica tras resolución de conflictos familiares. Se remite a Salud Mental para estudio y tratamiento.

COMENTARIO: Ante una clínica neurológica asociada a trastorno psicológico en su origen o exacerbación y que no se explica médicamente, debe plantearse la posibilidad de un trastorno conversivo, cuyo diagnóstico deberá ser de exclusión tras efectuar estudio clínico completo.

NE-07.- CASO ATÍPICO DE SÍNDROME CHARCOT-MARIE TOOTH EN EDAD PEDIÁTRICA

Hernández Bertó, T.; Carrascosa Romero, M.C.; Pardal Fernández, J.M. ; Buedo Rubio, M.I.; Delgado García, A.B.; Ramírez Martínez, N.

Servicio de Pediatría. Complejo Universitario Hospital General de Albacete

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Charcot-Marie Tooth (ECMT) es una neuropatía sensitivomotora hereditaria de inicio en la adolescencia o segunda década de la vida. Presentamos un caso de clínica atípica y debut precoz

CASO CLÍNICO: Varón de 3 años, camina "en Puntillas" desde los 11 meses. Exploración: marcha en equino con aumento de base de sustentación y alteración de equilibrio; contractura de isquiotibiales y aquíleos con retracción reductible que permite buen apoyo plantar en bipedestación; leve hipertrófia gemelar, resto de masas musculares distróficas; ROTs patelares y aquíleos ausentes. Disminución de fuerza en cintura pélvica aunque sin Gowers; resto normal. Analítica con enzimas musculares, y estudio neurometabólico normales. Electroneurografía: Polineuropatía sensitivo-motora de tipo predominantemente desmielinizante e intensidad **moderada-importante**, con patrón electroclínico **de tipo hereditario**. Estudio genético: Duplicación de la región CMT1A en 17 p12 y del gen PMP22.

COMENTARIOS: El SCMT es uno de los trastornos neurológicos hereditarios más comunes (1 de cada 2500 personas); tradicionalmente se ha clasificado según los componentes lesionados del sistema nervioso periférico, esta clasificación ha cambiado por los nuevos conocimientos en genética molecular, permitiendo ordenar los distintos tipos según el modo de herencia y los genes involucrados ofreciendo la posibilidad de un diagnóstico y consejo genético precoz, como sucedió en nuestro caso.

NE-08.- TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA REFRACTARIA CON ZONISAMIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

De la Osa Langreo, Alberto; Rius Peris, Juan M.; Hernández Muela, Sara; Cueto Calvo, Elisa M.; Carbayo Lázaro, Carolina; Sarrión Cano, Miguel
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

INTRODUCCIÓN: La migraña afecta al 5-10 % de la población infantil. Al menos un 30% precisan tratamiento preventivo. Numerosos medicamentos, como algunos antiepilépticos, han sido estudiados como preventivos migrañosos. Zonisamida es un nuevo antiepiléptico con múltiples mecanismos de acción que le confieren eficacia como tratamiento profiláctico de la migraña.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia y tolerabilidad de la zonisamida en el tratamiento preventivo de la migraña crónica en pacientes no respondedores a fármacos de primer nivel como topiramato.

Métodos: Se usó zonisamida en pacientes con migraña crónica que mostraron ausencia de respuesta topiramato. El fármaco se usó a dosis de 1 mg/kg/día con ascensos bisemanales hasta un máximo de 5 mg/kg/día. La eficacia del fármaco se evaluó en términos de respuesta (reducción de la frecuencia de las crisis en al menos un 50%) al tercer mes de tratamiento.

RESULTADOS: Nuestra serie comprende 6 pacientes, entre 9 y 16 años, cuatro mujeres y dos varones, que cumplían criterios de migraña crónica. Zonisamida mostró eficacia en un 50% de los pacientes. Mostró buen perfil de tolerabilidad, excepto en una paciente que abandonó el tratamiento por efectos adversos.

CONCLUSIONES: Los resultados sugieren que zonisamida puede ser útil en la prevención de la migraña crónica, precisándose de ensayos clínicos controlados que confirmen dichos resultados.

NE-09.- DIPLEGIA FACIAL PERIFÉRICA Y DOLOR ABDOMINAL COMO FORMA EXCEPCIONAL DE PRESENTACIÓN DE MALFUNCIÓN VALVULAR

Gómez Andrés, David^{1,2}; Sánchez Arias, Gloria¹; Pérez Sanz, Josué¹; Gil Cabañas, Arantxa¹; Rodríguez Contreras, Javier¹ y Nebreda Pérez, Verónica¹.

¹ *Servicio de Pediatría General. Hospital Universitario La Paz.*

² *Trastornos del Desarrollo y Maduración Neurológica. IdiPaz.*

INTRODUCCIÓN: La malfunción valvular es un problema frecuente con una presentación muy variable. Habitualmente, asocia datos guías pero en ocasiones, debuta atípicamente.

CASO CLÍNICO: Presentamos a una niña de 4 años portadora de válvula ventrículo-peritoneal tras hemorragia intraventricular sin episodios previos de malfunción que presenta crisis de dolor abdominal y vómitos alimentarios de 2 meses de evolución. A los 15 días, presentó parálisis facial periférica derecha y desviación medial transitoria del ojo izquierdo. Se descartaron las complicaciones intrabdominales del catéter como causa del dolor y se realizaron TC y RM sin signos de hipertensión. La parálisis facial derecha mejoró con corticoides y desaparecieron la desviación ocular y el dolor. Días después, reapareció el dolor tratándose de manera conservadora. A los 2 meses, ingresa por vómitos y deshidratación y aparece una parálisis facial periférica izquierda asociada a una desviación medial transitoria del ojo izquierdo. Se realiza RM craneal evidenciándose aumento de tamaño en astas occipitales derechas y punción lumbar evacuadora detectándose valores altos inmedibles y objetivándose mejoría clínica. A los 2 meses y medio, se recambia la válvula desapareciendo la sintomatología.

CONCLUSIONES: Síntomas atípicos como el dolor abdominal y focalidades neurológicas no habituales como la parálisis facial pueden ser la presentación de una malfunción valvular.

Gestión

GT-01.- SEPARAR PARA RECICLAR, CADA VEZ SOMOS MÁS

Ruiz-Chércoles, E.; Ruiz Giardín, J.M.; García Villalvilla, M.; Moreno Rojo, A.; Muñoz González, L.; Sierra Borromeo, J.

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: La recogida selectiva de residuos permite ahorrar materias primas y energía, disminuyendo la contaminación.

OBJETIVO: Cuantificar los residuos generados en 9 centros de salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Se pesó la basura durante 5 días después de la implantación de un sistema de recogida selectiva. Se realizó una sesión informativa a todos los responsables de los centros y al personal de limpieza.

RESULTADOS: Los residuos totales fueron de 245 kg/día (75 kg/d (30%) de papel, 23 kg/d (10%) de plástico y 148 kg/d (60%) restos. De generar 63 toneladas/año, hemos pasado a 38 toneladas. En un año hemos ahorrado 19,5 toneladas de papel. Si para fabricar una tonelada de papel se necesitan 15 árboles y 300 kg de petróleo, hemos evitado la tala de 292 árboles y el consumo de 5,8 toneladas de petróleo.

Hemos reciclado 5,8 toneladas de plástico. Si reciclando 2 toneladas de plástico se ahorra 1 tonelada de petróleo, hemos ahorrado 2,9, en total más de 8,7 toneladas de petróleo.

CONCLUSIONES: Con la implantación de recogida selectiva hemos disminuído un 40% la cantidad de residuos generados no reciclados. Al reciclar 19,5 toneladas de papel al año y de plástico se evita la tala de 292 árboles y ahorramos 8,7 toneladas de petróleo.

Enfermedades infecciosas

EI-01.- INFECCIÓN POR ROTAVIRUS: PRESENTACIÓN COMO SÍNDROME SÉPTICO

Cuesta Rodríguez, Marian; Comín Cabrera, Cristina; Alonso Vicente, Carmen; Ruiz Domínguez, José Antonio; Martín Sánchez, Julia; García García, Santos
Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz

OBJETIVO: Estudiar la casuística y definir características clínico-analíticas de pacientes en los que la infección por rotavirus debutó como sospecha clínica de sepsis.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (2003-2008). Pacientes con cuadro inicial de síndrome séptico en Urgencias que precisaron ingreso en la UVI Pediátrica y en los que se determinó el antígeno de rotavirus en heces.

RESULTADOS: Se identificaron 22 niños con una mediana de edad de 1,7 meses. En 5 casos (3 varones y 2 mujeres) la detección de rotavirus resultó positiva (22.7%). La mediana de edad en este grupo fue de 1,3 meses. En 4 de los 5 casos la diarrea no estaba presente al ingreso. Aunque en el grupo Rotavirus (+) el valor de la proteína C reactiva fue inferior y presentaron mejor percentil de tensión arterial media respecto al grupo Rotavirus (-), las diferencias no fueron significativas. Tampoco se encontraron diferencias en la clínica de presentación, realización de pruebas o tratamiento recibido.

CONCLUSIONES: La infección por rotavirus puede debutar en los lactantes pequeños como un cuadro de sepsis. Algunos datos analíticos y hemodinámicos pueden estar menos alterados que en la sepsis de otro origen, sin embargo el manejo inicial de los pacientes es generalmente agresivo.

EI-02.- GASTROENTERITIS DE MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Romero López, M^a del Mar; Fernández Caamaño, Beatriz; Zarauza Santoveña, Alejandro; Zozaya Nieto, Carlos; Méndez Echevarría, Ana; Garcia Fernández de Villalta, Marta
Hospital Infantil La Paz

ANTECEDENTES: Presentamos el caso de una niña ingresada por gastroenteritis aguda, en la que las pruebas analíticas y la mala evolución clínica llevan al diagnóstico de una inmunodeficiencia combinada severa.

CASO CLÍNICO: Lactante de 2 meses con deshidratación secundaria a infección por *Campylobacter Jejuni*. En la exploración física presenta deshidratación moderada junto Hepatomegalia, muguet oral y dermatitis del pañal. En la analítica linfopenia de 1860, junto hipertransaminasemia

Se inicia tratamiento con Azitromicina con aceptable respuesta, y posterior negativización del coprocultivo. Nistina tópica para muguet oral sin respuesta, por lo que se añade fluconazol vía oral. Presenta crisis hipertensivas que condicionan su ingreso en UCI. En pruebas de imagen se objetiva mínimo derrame pericárdico e infiltrado pulmonar. Se detecta antigenemia positiva para CMV en sangre y lavado broncoalveolar. Durante el ingreso la linfopenia es mantenida desarrollando múltiples infecciones, por lo que se realiza estudio inmunológico llegando al diagnóstico de Inmunodeficiencia combinada Severa B-/T-/NK+. Actualmente ha recibido un trasplante alogénico de médula ósea con buena evolución.

COMENTARIOS: La Inmunodeficiencia combinada severa debido a su gravedad, debe tenerse presente ante toda infección de evolución tórpida. Un diagnóstico precoz puede evitar un deterioro clínico importante, mejorando de forma significativa el pronóstico.

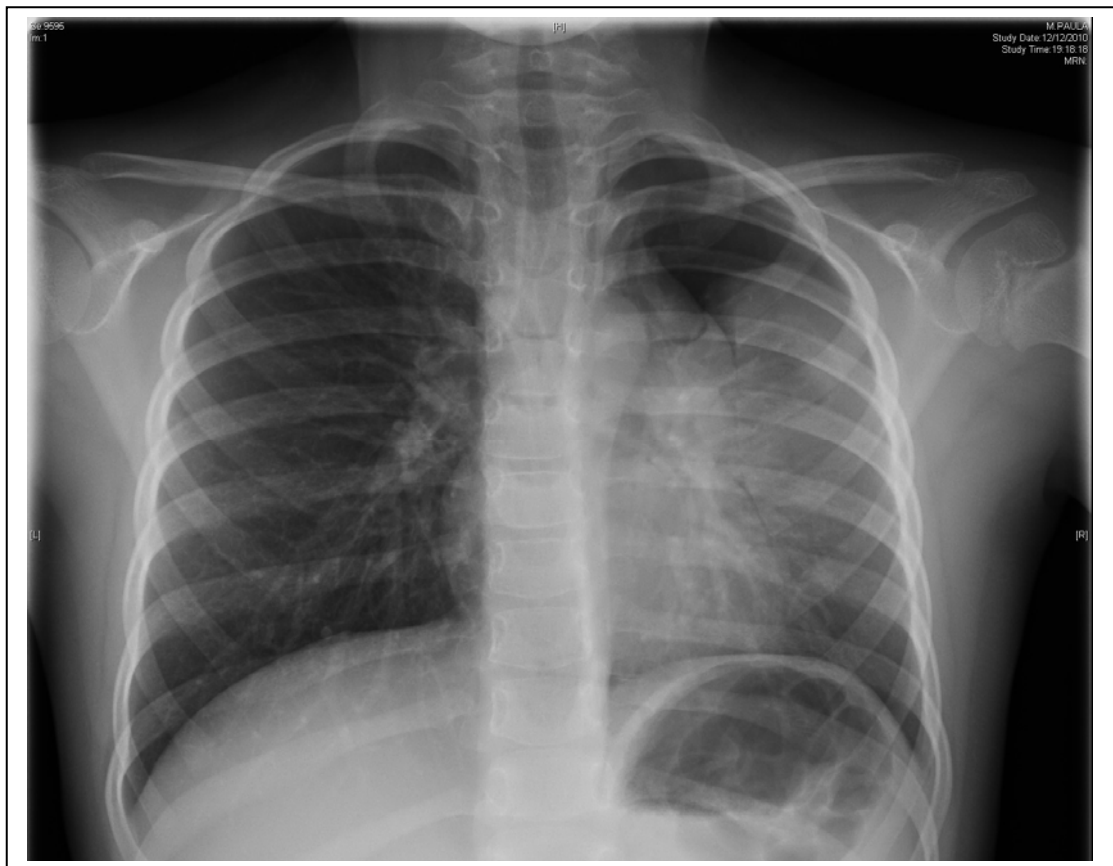
EI-03.- NEUMOTORAX UNILATERAL EN NIÑA CON GRIPE A

Sánchez, M.; De la Casa, Y.; Baquero, F.; García, M.J.; Barrio, M.I.; Dorao, P.
Hospital Infantil La Paz

ANTECEDENTES: Niña de 6 años con antecedentes de broncoespasmos leves aislados, secundarios a infecciones respiratorias, resueltos únicamente con Salbutamol inhalado, sin precisar tratamiento de mantenimiento, corticoterapia oral ni ingresos previos. Sin otros antecedentes de interés.

RESUMEN: Acude a urgencias con cuadro de tos, fiebre, y dificultad respiratoria. Tiene taquipnea, tiraje subcostal y supraesternal moderado, saturación de oxígeno 89% e hipoventilación en hemitórax izdo. Se realiza Rx de tórax objetivándose neumotórax izquierdo y test rápido para VRS e Influenza A y B en aspirado nasal, ambos negativos. Debido al compromiso respiratorio ingresa en UCIP para colocación de tubo de drenaje torácico. Ante la ausencia de mejoría, a las 48 horas se decide realizar una fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar y toma de muestras, siendo positivos la PCR y el cultivo para virus Influenza A H1N1, añadiendo al tratamiento previo Osetamivir y resolviéndose el neumotórax.

CONCLUSIÓN: Creemos relevante la comunicación de este caso, dada la rareza de esta entidad clínica en la población pediátrica, ya sea como neumotórax primario espontáneo o como complicación de la infección por gripe A.



EI-04.- SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO Y NEUMONÍA NECROTIZANTE POR NEUMOCOCO SEROTIPO 19A

Brea Prieto, Lidia¹; Terol Espinosa de los Monteros, Covadonga¹; Roa Francia, Miguel Ángel¹; Maldonado Toral, María José¹; Fernández García, Manuela²; Francisco Caballero Mora²

¹ Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

² Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

ANTECEDENTES: Neumococo 19A parece ser el serotipo más agresivo causante de infección neumocócica invasiva reemplazando a los serotipos más habituales hasta ahora.

CASO CLÍNICO: Paciente de 3,5 años con fiebre de 12 días, mucosidad nasal, tos y empeoramiento del estado general. Importante leucocitosis, desviación izquierda, PCR 127,1 mg/L, elevación de urea y creatinina. Radiografía de tórax: hidroneumotórax derecho, múltiples localizaciones. Por la insuficiencia respiratoria y mala evolución se traslada a UCIP Hospital Niño Jesús donde realizan ecografía y TAC tórax: neumonía cavitada con derrame pleural. Líquido pleural (Carlos III): PCR neumococo positiva serotipo 19A. Hemocultivo y Mantoux: negativo. Anemización progresiva requiriendo 3 transfusiones. Esquistocitos y trombopenia. Diagnósticos: Neumonía necrotizante por *Streptococcus pneumoniae* serotipo 19A, neumotórax izquierdo, síndrome hemolítico urémico secundario, derrame pericárdico sin repercusión hemodinámica. Recibe tratamiento con cefotaxima, vancomicina y clindamicina. Mejoría clínica y desaparición fiebre regresa Hospital Móstoles: reinicia fiebre 6º día de ingreso, radiología y ecografía compatibles con empiema, traslado de nuevo a Hospital Niño Jesús. No precisa drenaje.

COMENTARIOS: La gravedad de enfermedades asociadas a este serotipo, su mayor incidencia y su resistencia a antimicrobianos ha hecho necesario su incorporación en la nueva vacuna del neumococo.

EI-05.- COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE SINUSITIS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Santos Herraiz, Paula; Navas Alonso, Paola Isabel; Rojo Portolés, Pilar; Díaz Carrasco, Jesús; Losada Pinedo, Begoña; García Campos, Oscar.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo.

INTRODUCCIÓN: La sinusitis es frecuente en la infancia, principalmente en adolescentes; no obstante, raramente se asocia a complicaciones intracraneales.

CASO 1: Niña de 8 años con cefalea de 8 días de evolución tratada con amoxicilina-clavulánico por sospecha de sinusitis. Presenta vómitos y crisis ingresando en Hospital de procedencia con TAC normal y punción lumbar compatible con meningitis, iniciando tratamiento. Tras 48 horas aparece tumefacción frontal objetivándose colección subdural frontotemporal derecha y ocupación de senos esfenoidales y etmoidales, trasladándose a nuestro hospital. Mejora tras drenaje quirúrgico del absceso cerebral y senos, iniciándose antibioterapia de amplio espectro. Cultivo absceso: Streptococcus mitis, Bacteroides gingivalis. Reintervención al mes por aumento de la colección subdural tras la que evoluciona favorablemente.

CASO 2: Niño de 13 años, cuadro catarral y cefalea de 15 días, en las últimas horas fiebre y tumoración frontal. En TAC craneal: pansinusitis complicada con empiema epidural frontal derecho. Drenaje de la colección y de los senos maxilares instaurándose antibioterapia de amplio espectro. Cultivo de absceso: Streptococcus sanguis. Evolución favorable.

COMENTARIOS: El retraso en el diagnóstico de complicaciones intracraneales asociadas a sinusitis se debe frecuentemente a su sintomatología inespecífica. Sospecharlas ante evolución tórpida. El diagnóstico precoz y una intervención terapéutica agresiva mejoran su pronóstico.

EI-06.- ENCEFALITIS DE HASHIMOTO AL INGRESO, INFECCIÓN POR LEPTOSPIRA AL ALTA

Cedena Romero María del Pilar, Moreno Sánchez Ruben, Manzano Blanco Santiago, Orio Hernández Mireya, García-Bermejo García Clara, García-Vao Bel Carlos.
Servicio de Pediatría. Hospital del Tajo (Aranjuez)

INTRODUCCIÓN: La encefalitis es una infección del SNC, cursa con alteración del comportamiento, del nivel de conciencia y convulsiones. La etiología puede ser predominantemente infecciosa (viral), tóxica, metabólica o autoinmune (encefalitis de Hashimoto). Causa infrecuente es la infección por *Leptospira*, que puede ser asintomática, cursar como enfermedad febril anictérica autolimitada, o con formas severas (síndrome de Weil); el diagnóstico de sospecha es clínico, confirmándose con el aislamiento del germen o por técnicas serológicas (seroconversión o positividad de IgM específica)

CASO CLINICO: Niña de 14 años con pérdida de memoria y desorientación de minutos de duración, posteriormente mareo e inestabilidad. Refiere desde hace 3 semanas cefalea, náuseas, dolor abdominal y episodios de mareo. Exploración neurológica normal. No papiledema.

Antecedentes de cefaleas tensionales, amenorrea secundaria desde hace 6 meses y anticuerpos antitiroideos elevados.

Analítica de sangre normal salvo elevación de anticuerpos antitiroideos, función tiroidea normal. RMN y EEG normales, LCR con leve hiperproteíorraquia. Serologías Ig M *Leptospira* positiva, resto negativo. Recibe tratamiento con Amoxicilina con evolución favorable.

COMENTARIOS: Presentamos una paciente con clínica de encefalitis aguda y etiología inusual.

Ingresa con sospecha de Encefalitis de Hashimoto y es dada de alta con el diagnóstico de infección aguda por *Leptospira*

Pediatría Social

PS-01.- CONDILOMA ACUMINADO EN NIÑOS ¿ES SINÓNIMO DE ABUSO?

Romero López, M^a del Mar; De Lucas Laguna, Raúl; Martín Sánchez, Julia; Alonso García, Luis Alfonso; Ruiz Domínguez, José Antonio; Garcia García, Santos.

Hospital Infantil de La Paz

INTRODUCCIÓN: Los condilomas acuminados se consideran ETS en adultos no siendo tan clara esta clasificación en niños

OBJETIVOS: Conocer la relación entre el VPH y el abuso sexual en niños.

MÉTODOS: Revisión bibliográfica a raíz de un caso.

RESULTADOS: Niña de 15 meses que en la revisión ordinaria su pediatra objetiva lesiones compatibles con verrugas genitales por lo que la deriva a urgencias de nuestro hospital. Refieren la aparición hace 15 días. Niegan verrugas en manos. Tiene cuidadora habitual. Se realiza interconsulta a Dermatología que toma biopsia con diagnóstico de VPH tipo 6 por lo que se realiza Parte judicial.

Las verrugas genitales se asocian al VPH tipo 6, 11, 16, 18, 31 y 45.

La transmisión en niños del VPH se produce en aproximadamente el 3% por vía vertical, un 25% perinatal y el resto tras el nacimiento. El periodo de incubación oscila entre 6 semanas y 2 años. Siendo menor al 11% la transmisión por abuso del VPH en menores de 2 años.

CONCLUSIONES: El condiloma acuminado en niños menores de 2 años sin historia previa de contacto no es una lesión específica de abuso sexual. Es necesario conocer la epidemiología y lesiones compatibles con abuso para actuar de forma adecuada.

PS-02.- PASAJE VERDE: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN CHINA

Pérez Álvarez M.T.; Brugera Moreno, C.; Quintero Robledo, Y.; Benitez Robredo, T.; Galán Sierra, I.; Sánchez Díaz, M.; Anton Gonzalo, M.

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En Octubre de 2010, un equipo de pediatras y enfermeras, se desplazó a varios orfanatos de Chongqing (China) para evaluar el estado de salud de los niños internados con el objetivo de facilitar su adopción en España a través de “Pasaje Verde” (programa de adopción de niños con necesidades especiales: enfermos o mayores). En este trabajo describimos la casuística encontrada.

MÉTODOS: Estudio transversal en el que se analizan datos de los pacientes explorados. Se recogen diversas variables sobre las que se realiza un análisis estadístico mediante el programa SPSS v14.0.

RESULTADOS: Se exploraron un total de 123 niños, 40 % varones, 59 % hembras, con una media de edad de 5 años (4 meses-13años). Las principales patologías encontradas fueron: labio leporino, cardiopatías congénitas, retraso psicomotor, malformaciones osteoarticulares y genitales

Conclusiones: Cada vez vamos a encontrar en nuestras consultas un mayor número de niños procedentes de adopción internacional que padecen diferentes problemas de salud. Estos casos suponen un nuevo reto para la atención pediátrica, pues además de los riesgos inherentes a cualquier adopción habrá que tener en cuenta los derivados de su patología previa y/o el mayor tiempo de institucionalización que pueden dificultar su integración familiar y social.

PS-03.- INTERPRETACIÓN DE INFORMES MÉDICOS RUSOS, UN DILEMA EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Lirio Casero, Julián; García Pérez, Jesús
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

INTRODUCCION: La Adopción Internacional es un fenómeno en auge en el territorio español. La tercera parte de los niños adoptados en España son originarios de Europa del Este. Los errores en la traducción de estos informes son frecuentes y causan dificultades en su interpretación.

OBJETIVO: Interpretar los diagnósticos de origen y comprender la terminología médica empleada por los médicos de sus países de origen

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de las historias de niños adoptados en Europa del Este a su llegada a nuestro servicio complementada con la información obtenida por los padres adoptantes tras entrevista personal.

Variables de estudio: diagnósticos de entrada extraídos del expediente médico emitido en el país de origen y diagnósticos definitivos tras el estudio postadoptivo en nuestro centro (anamnesis, exploración, estudios complementarios)

RESULTADOS: Se revisaron 492 historias. Se elabora una tabla con los términos usados en informes de origen y la equivalencia diagnóstica.

CONCLUSION: La adopción internacional representa un problema frecuente en nuestras consultas pediátricas.

Son frecuentes los errores de interpretación de sus expedientes médicos motivados por malas traducciones o utilización de terminología propia que se repite de forma consistente.

Se propone un listado de trastornos/enfermedades y la interpretación que podemos realizar.

Cirugía Pediátrica

CP-01.- OBSTRUCCIÓN URETRAL Y URETERAL POR DIVERTÍCULOS VESICALES PRIMARIOS EN NIÑO SANO

Fernández Córdoba, M.S.; González Piñera J.; Argumosa Salazar, Y.; Hernández Anselmi, E.; Hoyos Vázquez, MPS*; Vidal Company A.*

*Servicio de Cirugía Pediátrica y *Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

INTRODUCCIÓN: Los divertículos vesicales primarios verdaderos, no relacionados con reflujo vésico-ureteral, obstrucción infravesical, vejiga neurogénica o alteraciones del tejido conectivo, son raros en niños. Suelen ocurrir en varones y se manifiestan habitualmente con infecciones urinarias de repetición. La presentación en forma de retención urinaria es infrecuente, y la asociación a hidronefrosis excepcional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un niño con dos grandes divertículos posterolaterales izquierdos con hidronefrosis ipsilateral y problemas miccionales.

RESULTADOS: Varón de 4 años que consulta por chorro miccional débil, disuria y polaquiuria detectados desde la retirada del pañal. En ecografía renal se aprecia ectasia urétero-pielocalicial izquierda y dos imágenes diverticulares adyacentes a la vejiga. La cistouretrografía miccional muestra dos divertículos vesicales gigantes, sin reflujo asociado. Se practicó cistoscopia hallando los meatos ureterales normosituados y las aperturas a ambos divertículos en la pared posterolateral izquierda de la vejiga. Se realizó exéresis con abordaje combinado intra y extravesical por importante fibrosis peridiverticular, sin reimplantación ureteral. El postoperatorio cursó sin problemas, desapareciendo la sintomatología miccional y reduciéndose de forma progresiva la ectasia urétero-piélica.

CONCLUSIONES: Tanto la hidronefrosis como la dificultad en la micción pueden ser debidos a compresión o inflamación-fibrosis peridiverticular. A esto hay que añadir el efecto sumatorio de los dos divertículos. Esta malformación puede dar síntomas de obstrucción urinaria baja similar a las valvas de uretra posterior, por lo que una cistouretrografía cuidadosa con placas miccionales debe ser realizada para descartarlas. Al no haber reflujo asociado se puede obviar en el tratamiento el reimplante ureteral.

CP-02.- NIVELES URINARIOS DE INTERLEUQUINAS. UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE REFLUJO VÉSICO-URETERAL EN NIÑOS

Fernández Córdoba, M.S.; González Piñera, J.; Argumosa Salazar, Y.; Hernández Anselmi, E.; Sotoca Fernández J.*; Hoyos Vázquez, MPS*; Vidal Company, A.*

*Servicio de Cirugía Pediátrica y *Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

INTRODUCCIÓN: Los métodos de imagen empleados para diagnóstico del reflujo vésico-ureteral (RVU), requieren procedimientos invasivos como el sondaje vesical, exponen al paciente a radiaciones ionizantes y son relativamente caros. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de la detección de niveles urinarios de interleuquinas como posible método de screening en el diagnóstico del reflujo en niños sin infección urinaria en curso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles en niños que acuden a realizar una cistouretrografía miccional (CUMS): 40 casos con reflujo y 80 controles. Se determinó en todos la concentración en orina de IL-1 β , IL-6 e IL-8 en relación a la creatinina.

RESULTADOS: 62 niños y 58 niñas, con 2,4 años de edad media. La CUMS se indicó por infección urinaria previa en 78, hallazgos prenatales en 24 y diagnóstico postnatal de uropatía o historia familiar en 18. No se han observado diferencias significativas en los niveles urinarios de IL-1 β /creatinina e IL-6/creatinina entre ambos grupos, sin embargo, los niveles de IL-8/creatinina fueron significativamente más altos en los casos (media 3,5 pg/ μ mol; SD 9,2) que en los controles (media 1,54 pg/ μ mol; SD 3) ($p=0,001$). La Odds Ratio fue de 5,57 (IC 95%: 1,51 a 20,60) ($X_{MH}=2,80$; $p=0,005$). Al estudiar la calidad diagnóstica de los niveles urinarios de IL-8/creatinina para el RVU, se han establecido puntos de corte distintos según la edad: ≥ 5 pg/ μ mol para niños menores de dos años, con una Sensibilidad (Se) de 19,2%, especificidad (Sp) de 92%, valor predictivo positivo (PVp) de 55,6% y valor predictivo negativo (PVn) de 68,7%, y ≥ 1 pg/ μ mol para los mayores de dos años, con una Se de 21,4%, Sp de 90%, PVp de 50% y PVn de 71%.

CONCLUSIONES: Los niveles urinarios de IL-8/creatinina se elevan en niños con reflujo. Como prueba diagnóstica tiene escasa sensibilidad, lo que indica que no tiene validez en el cribado de la enfermedad, pero su alta especificidad la hace útil en aquellas situaciones en las que se indica una CUMS por los antecedentes, ya que podría desestimarse su realización si los niveles de IL-8/creatinina estuvieran por debajo de los puntos de corte propuestos según la edad, ya que la probabilidad de que encontremos reflujo en este supuesto será baja.

CP-03.- ABDOMEN QUIRÚRGICO DE CAUSA POCO HABITUAL

Martínez García, M. Josefa; Lillo Lillo, Miguel; Fernández Córdoba, M. Soledad; Castillo Serrano, Ana; Doyle Sánchez, María; Ramírez Martínez, Noelia.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal agudo es una de las consultas más frecuentes en el Urgencias Pediátrica. Los lipoblastomas son neoplasias benignas poco frecuentes del tejido adiposo embrionario que aparecen casi exclusivamente en la edad pediátrica. Presentamos un caso de este tipo de tumor como causa de abdomen quirúrgico.

CASO CLÍNICO: Niño de 3 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta en Urgencias por presentar dolor agudo de 1 hora de evolución, periumbilical, tipo cólico, de gran intensidad. Abdomen blando y depresible, doloroso, dudosa masa abdominal difícil de precisar por defensa voluntaria. Por la clínica y exploración compatible con abdomen agudo se realiza ecografía abdominal en la que se aprecia una tumoración hiperecogénica. Ante dicho hallazgo se realiza TAC urgente, encontrándose tumor de bordes bien definidos de 12x10x7cm, hipodenso, con densidad grasa y con septos en su interior. Se realiza laparotomía media hallando tumoración encapsulada de 12x14cm dependiente de epiplon, que desplaza las asas sin infiltrarlas. Se realiza exéresis en bloque de la tumoración. El estudio anatomopatológico confirma lipoblastoma, con epiplon normal, sin signos de malignidad.

CONCLUSIÓN: Hay gran variedad de causas de dolor abdominal, desde enfermedades banales hasta urgencias vitales. El diagnóstico diferencial más importante del lipoblastoma se realiza con el liposarcoma, lo que requiere estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo. Destacamos la importancia de la anamnesis y sobre todo de la exploración física en todo paciente que presente dolor abdominal.

CP-04.- REVISIÓN DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE Y PERFORACION INTESTINAL EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO

Argumosa Salazar, Y.; García González, V.*; Fernández Córdoba, M.S.; González Piñera J.; Hernández Anselmi, E.; Terrasa Nebot, M.*; Martínez Gutierrez, A.*

Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

INTRODUCCIÓN: La Enterocolitis Necrotizante (ECN) y la Perforación Intestinal Aislada (PIA) son frecuentes en recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) y requieren cirugía el 20-40%. Analizamos parámetros clínicos, procedimientos quirúrgicos y supervivencia en menores de 1500 g intervenidos por estas patologías.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de RNMBP con ECN y PIA intervenidos entre el 2000 y el 2010. Evaluamos las características clínicas dividiendo la muestra en 3 grupos: 1.- laparotomía inicial; 2.- drenaje peritoneal+laparotomía; 3.- sólo drenaje.

RESULTADOS: De los 487 RNMBP ingresados en nuestro hospital en los últimos 10 años, 25 han sido intervenidos por presentar ECN o PIA (33% de estas patologías). La edad media fue de 26 + 3 semanas de edad gestacional, 14 niñas y 11 niños con peso promedio de 801,4 g (rango: 460 a 1490 g). El 64% presentó ductus arterioso permeable, recibiendo tratamiento médico el 56% (N=14). Hubo neumoperitoneo radiológico en un 48%. Realizamos laparotomía de entrada en 12 casos (1 éxito), drenaje más laparotomía en 10 (4 éxitos) y drenaje en 3 (3 éxitos). El promedio de horas entre drenaje y laparotomía fue de 69,6. El 68% eran ECN y el 32% PIA. Los casos del grupo 1 tuvieron una mayor supervivencia ($P=0,001$), siendo la supervivencia global 68%.

CONCLUSIONES: La supervivencia de nuestros pacientes con ECN y PIA fue mayor que la descrita en las publicaciones actuales (50%). Los mejores resultados se obtuvieron con la laparotomía de inicio. La selección del procedimiento quirúrgico óptimo debe basarse en las condiciones y circunstancias clínicas de cada paciente.

Reumatología

RM-01.- EFICACIA DE LA COLCHICINA EN LA AFTOSIS ORAL RECURRENTE

Sotoca Fernández, J.V.¹; Buedo Rubio, M.I.¹; López Molina, M.²

¹ Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

² Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los episodios repetidos de aftas orales es un problema clínico frecuente en la edad pediátrica. Supone un reto diagnóstico, pues puede ser un problema aislado o una manifestación más de una enfermedad sistémica. Pero también comporta dudas terapéuticas al haber múltiples opciones, tanto durante el brote como preventivos. Colchicina es un fármaco bien tolerado y con amplia experiencia en su uso en Pediatría. Se propone exponer la experiencia clínica con este tratamiento para prevenir los episodios de aftosis oral recurrente (AOR).

MÉTODOS: Serie retrospectiva de pacientes seguidos en Reumatología Pediátrica desde Junio de 2009.

RESULTADOS: Se presentan cuatro pacientes muy similares, afectos como única manifestación clínica los episodios repetidos de aftas orales. Edades entre 8 y 12 años, sin antecedentes relevantes. Media de 6 episodios anuales (rango entre 4 y 10) de múltiples (> 3) aftas orales de entre 5 y 12 días de duración, dolorosas, que curan sin dejar cicatriz. Ninguna aftas genitales, uveítis ni otra clínica asociada. No desencadenantes evidentes. Estudios analíticos con parámetros inflamatorios normales. Negatividad en pruebas microbiológicas. 2 pacientes HLA B51 positivos. En los 4 pacientes se inicia tratamiento con Colchicina 5 mg/día. Ausencia de efectos secundarios. Evidente reducción de los episodios (seguimiento entre 6 y 20 meses).

CONCLUSIONES: La Colchicina es un tratamiento eficaz, bien tolerado y sin efectos secundarios a largo plazo para la reducción de los brotes de AOR de presentación exclusiva.

RM-02.- EN LA ERA DE LOS BIOLÓGICOS... METOTREXATE

Sotoca Fernández J.V.¹; López Molina, M.²; Pozo Martos, P.²; Martín Melero, O.²

¹ Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

² Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Uveítis es el término utilizado para definir la inflamación de diferentes estructuras oculares. La localización de esta inflamación junto a la clínica asociada y los hallazgos de las pruebas complementarias permiten hacer un diagnóstico etiológico. En la edad pediátrica la más frecuente es la asociada a Artritis Idiopática Juvenil. Uveítis idiopática es aquella que no tiene una causa evidente. Sin tratamiento las complicaciones oculares disminuirán la capacidad visual a largo plazo. Distintas pautas de tratamiento han sido empleadas. Se presenta una serie tratada con Metotrexate con excelente resultado.

MÉTODOS: Serie retrospectiva de pacientes seguidos en Oftalmología y Reumatología Pediátrica desde Junio de 2009.

RESULTADOS: Se presentan tres pacientes varones de entre 10 y 14 años:

- Paciente1: panuveítis granulomatosa crónica sin otra clínica sistémica. Estudios complementarios negativos salvo HLA B27 positivo. Respuesta incompleta con corticoides tópicos, resolución con Metotrexate subcutáneo, 15 mg semanales.
- Paciente2: pars planitis de 3 años de evolución sin respuesta a tratamiento tópico. Artralgias mecánicas ocasionales, sin otro hallazgo clínico ni analítico. Resolución completa tras 1 año con Metotrexate subcutáneo, 15 mg semanales.
- Paciente3: uveítis anterior en niño con psoriasis. Respuesta incompleta con medicación tópica, resolución con Metotrexate subcutáneo, 15 mg semanales.

CONCLUSIONES: Se debe considerar la uveítis crónica una enfermedad sistémica, independientemente de la causa, y por ello la terapia tópica suele ser insuficiente. El Metotrexate está aceptado como tratamiento de primera línea con gran eficacia y buena tolerancia.

RM-03.- FIEBRE PROLONGADA QUE RESPONDE A TRATAMIENTO CON BLOQUEO DE IL-1

Gómez García, Marta; Merino Muñoz, Rosa; Cabellos Gavidia, Jorge; Sánchez Porras, María; Herrero Díez, María Teresa; Aracil Santos, F.J.

Hospital Infantil de La Paz

ANTECEDENTES: Las fiebres prolongadas de origen no infeccioso, tumoral ni autoinmune pueden deberse a enfermedades poco frecuentes, como son las autoinflamatorias.

CASO CLÍNICO: Niño de 5 años, diagnosticado de neurofibromatosis tipo 1 en el año 2008, que presenta en octubre de 2010 fiebre de hasta 39,2°C diaria de 5 semanas de evolución, así como exantema máculo-papuloso evanescente, rigidez cervical e inflamación del tobillo derecho. Se le aplica el protocolo de fiebre de origen desconocido sin encontrar la causa. Tras ser tratado con antibióticos (amoxicilina, cloxacilina, teicoplanina) no se obtiene mejoría, persistiendo los síntomas.

En diciembre de 2010 cumple criterios clínicos, analíticos e histológicos de síndrome hemofagocítico, remitiendo toda la sintomatología con corticoides y ciclosporina A. El cuadro inicial reapareció estando en pauta descendente de corticoides. Por ello, se comenzó tratamiento con bloqueo de IL-1, respondiendo a él en 24 horas. La evolución posterior con kineret® en monoterapia ha sido favorable. El estudio genético de fiebres recurrentes aún está pendiente de resultados.

DIAGNÓSTICO: Fiebre prolongada de origen autoinflamatorio. Probable artritis idiopática juvenil en su forma sistémica.

COMENTARIOS: Se trata de un paciente con fiebre prolongada, exantema y artritis no persistente en el que el tratamiento con bloqueo de IL-1 ha resuelto la sintomatología. Hasta el momento no reúne criterios de artritis idiopática juvenil en su forma sistémica, puesto que aunque presenta fiebre, exantema y artritis, no ha sido documentada una artritis de hasta 6 semanas, al haber sido tratado antes de cumplirlas.

RM-04.- FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, DESENLACE REUMATOLOGICO

Cabellos Gavidia, Jorge; Martín Sánchez, Julia; Gomez García, Marta
Hospital Infantil de La Paz

ANTECEDENTES: La Poliarteritis nodosa (PAN), es una vasculitis, afecta arterias medianas y pequeñas. Se caracteriza por una arteritis necrotizante, que lleva a micro aneurismas, ruptura y hemorragias. Se trata una vez hecho el diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Escolar mujer de 11 años, hace 1 ½ meses, con síntomas constitucionales (astenia y pérdida de peso), fiebre prolongada, además de lesiones cutáneas de distribución reticular, artralgias con rigidez matutina de articulaciones de gran tamaño y mialgias; el examen físico corrobora las lesiones dérmicas, se objetiva taquicardia mantenida, no presenta artritis evidente.

Pruebas que aporta, presenta elevación de la VSG y PCR, trombocitosis y leucocitosis. ANA y ANCA fueron negativos, los valores de complemento normales.

En urgencias además se solicita serología, con resultados positivos para Parvovirus IgM, así como, Anti-HB Core (EIA) y Anti-HBs.

Se llega al diagnóstico de PAN, mediante biopsia. Se inicia tratamiento con corticoides.

COMENTARIOS: Se presenta en urgencias una paciente con fiebre prolongada y la clínica descrita, se sospecha de una enfermedad reumatológica, y junto con los servicios de reumatología y dermatología se orienta el diagnóstico y se inicia tratamiento de forma temprana.

Existen escasos reportes de esta enfermedad en la literatura española. Por lo cual considerar su diagnóstico desde la urgencia mejora el pronóstico.

RM-05.- EL LUPUS TAMBIÉN ES COSA DE NIÑOS

López López, Carmen María; Ruiz Fraile, Leticia; Fernández Valle, Bárbara; Román Barba, Violeta; Pareja Grande, Julia; Martín Campagne, Elena

Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, con múltiples formas de presentación que dificultan el diagnóstico. Presentamos dos casos con debut completamente diferente.

CASO UNO: Niño de 13,5 años con antecedente de derrame pleural tres meses antes, ingresa por oliguria y fiebre. Exploración física: Hipertensión arterial, palidez cutánea, edemas palpebrales, resto normal. Pruebas complementarias: Pancitopenia, urea y creatinina elevadas. ANA, AntiDNA, Anticardiolipina, Anticoagulante lúpico positivos. Hipocomplementemia. Proteinuria y hematuria . Biopsia renal: nefritis lúpica clase IV. Juicio clínico: LES con nefritis lúpica.

CASO DOS: Niña de 13 años que ingresa por dolor y tumefacción en miembro inferior izquierdo (MII). Antecedentes personales: sin interés. Exploración física: edema y cianosis acra en MII, eritema palmo-plantar y eminencias malares. Pruebas complementarias: Pancitopenia, ANA, AntiDNA y anticoagulante lúpico positivos, hipocomplementemia. Eco-doppler venoso: Trombosis venosa profunda vena femoral común e ilíaca externa. TC torácico: Tromboembolismo pulmonar. Juicio clínico: síndrome antifosfolípido y LES.

CONCLUSIONES:

- Ante signos y síntomas orientativos de LES es necesario mantener un alto índice de sospecha.
- En la edad pediátrica son más frecuentes las formas graves de presentación.
- El tratamiento actual permite una buena calidad de vida y el pronóstico ha mejorado gracias a los inmunosupresores.

Pediatría General

PG-01.- BRONQUIOLITIS AGUDA A NIVEL HOSPITALARIO ANTES Y DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA VÍA CLÍNICA EN LA PROVINCIA DE CUENCA

Rius Peris, Juan M.; García Martínez, María J.; De Gracia Zorrilla, Francisco; Torrecilla Cañas, Javier; Ramos Geldres, Tania T.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

INTRODUCCIÓN: Existe una gran variabilidad en la atención a la bronquiolitis aguda puesta de manifiesto en la publicación del proyecto aBREVIADo en Anales de Pediatría 2009.

OBJETIVOS: Describir la atención a esta patología durante 2 epidemias consecutivas y los cambios acontecidos tras la implantación de una vía clínica hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Elaboración protocolo de actuación y hoja recogida de datos. Inclusión de todos los casos con 12 meses o menos durante los periodos epidémicos. Números absolutos y (%) para las cualitativas y media (± 1 DE) para las cuantitativas.

RESULTADOS:

| | Epidemia 2009-2010 (n = 24) | Epidemia 2010-2011 (n = 27) |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Edad, meses | 4,3 (3,5) | 4,3 (3,2) |
| Sexo, niña | 14 (54) | 7 (26) |
| Estancia media, días | 5,4 (2) | 5 (1,6) |
| Test diag VRS | 24 (92) | 26 (96) |
| HMG y PCR realiza | 13 (50) | 13 (48) |
| PCR > 50 (mg/L) | 4 (31) | 7 (54) |
| Hemocultivo realiz | 7 (27) | 9 (33) |
| Rx tórax realizada | 16 (61,5) | 14 (52) |
| Fluidos iv | 9 (34,5) | 13 (48) |
| Oxígeno, días | 3 (1,7) | 3,8 (1,6) |
| Broncodilatador | 22 (84,5) | 27 (100) |
| Antibióticos | 4 (15,5) | 6 (22) |

Broncodilatadores junto a suero salino hipertónico siempre. Un caso traslado a UCI por insuficiencia respiratoria (2010-2011).

CONCLUSIONES:

1. Ingresados en 2010-2011 más graves por mayor PCR, duración oxigenoterapia, porcentaje de fluidos iv, tratamiento broncodilatador, antibióticos y traslado. Pero no se han incrementado los estudios complementarios, incluso ha habido un leve descenso.
2. La puesta en marcha de la vía clínica ha unificado criterios en los servicios de urgencias y pediatría.

PG-02.- SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA NATURAL EN LA PROVINCIA DE CUENCA Y MOTIVOS MATERNOS PARA SU ABANDONO

Rius Peris, Juan M.; Ramos Geldres, Tania T.; De la Osa Langreo, Alberto; Guardia Nieto, Leonor; Carballo Lázaro, Carolina; Torrecilla Cañas, Javier.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

INTRODUCCIÓN: La O.M.S. recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y en combinación con alimentación complementaria hasta los 2 años.

OBJETIVOS: Describir las proporciones de LME en nuestro medio y los motivos de las madres para no iniciar una lactancia materna (LM) o para abandonarla en caso de iniciarla.

MATERIAL Y MÉTODO: Longitudinal prospectivo. Muestreo consecutivo. Casos reclutados durante 4 meses. Seguimiento mediante encuestas sucesivas hasta los 6 meses posparto.

RESULTADOS: Se incluyeron 272 madres. El 90,4% inician LM. Las proporciones de LME son: al alta 48,5 %, al mes 50,7% y de 44, 30 y 9 % a los 2, 4 y 6 meses posparto respectivamente.

Motivos para iniciar una lactancia artificial (LA) al nacimiento: no tener leche 30%, trabajo materno 20%, enfermedad materna 20%, fármacos maternos 20%, experiencia negativa con hijo previo 10%. Motivos para dar fórmula durante la estancia en maternidad: ausencia de subida 31%, llanto del niño 25%, se quedaba con hambre 14%, no succionaba 8%, otras 22%. Los motivos de abandono de la LME a lo largo del seguimiento son: hipogalactia, se quedaba con hambre, escasa ganancia ponderal, introducción alimentación complementaria e incorporación laboral materna.

CONCLUSIONES:

1. Inicio importante de LM, caída precoz sin alcanzarse recomendaciones O.M.S.
2. Conociendo los motivos para el abandono podemos actuar con medidas correctoras para prolongar su duración.

PG-03.- ANÁLISIS DE LAS HEMOGLOBINOPATÍAS DE NUESTRA ÁREA DETECTADAS EN EL CRIBADO NEONATAL

García-Ballesteros Navas, Ana Esther¹; Del Pozo Menéndez, Beatriz¹; Cervera Bravo, Aurea¹; Maldonado Toral, María José¹; Brea Prieto, Lidia¹; Gonzalez, F.A².

¹ Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)

² Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

INTRODUCCIÓN: En la Comunidad de Madrid (CM) se realiza el cribado neonatal universal de drepanocitosis desde mayo de 2003.

OBJETIVOS: Analizar clínica y analítica de pacientes de nuestra área con variantes de hemoglobina detectadas en el cribado neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo (mayo 2003-2010). Análisis de hematimetría, electroforesis de confirmación en paciente y familiares, procedencia familiar, hemograma de cordón, incidencia entre los nacidos del centro.

RESULTADOS: Se estudiaron 55 pacientes: 7 (12,7%) con HbSS, 1 (1,81%) con HbSC, 41 (74,54%) con HbAS, 2 (3,63%) con HbAC, 1 (1,81%) con HbAD, 3 (5,45%) con HbAX. Incidencia de drepanocitosis: 1/3.585 nacimientos (mayor que en CM); HbAS de 1/717; variantes 1/524, (inferior a la de la CM, probables pérdidas). El 56,7% presentaban microcitosis. Se realizó estudio molecular de cadenas alfa en 14 (25,45%): 42,9% con alfa-talasemia⁺ homocigota, 7,1% heterocigota, 50% sanos. 29 tenían hemograma de cordón: 9 (31%) con microcitosis, 5 con alfa-talasemia⁺. Nacionalidades principales de los padres con HbAS: Guinea-Ecuatorial (30,9%), Nigeria (16,36%), España (14,5%), Marruecos (5,45%), Ecuador (5,45%).

CONCLUSIONES: La incidencia de drepanocitosis es más alta en nuestra área. Muchos pacientes de origen africano tienen alfa-talasemia asociada. Padres de procedencia española tienen HbAS.

PG-04.- CONOCIMIENTOS DE LOS NIÑOS DEL DESAYUNO SALUDABLE

Ruiz-Chércoles E.; Ruiz Giardín, J.M.; Muñoz González, L.; Sierra Borromeo, J.; Jiménez Antón, V.; Pérez Puentes, A.

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: Un desayuno equilibrado tiene repercusiones en el mantenimiento de la salud y en el rendimiento físico e intelectual. El desayuno previene la obesidad.

OBJETIVO: Conocer los hábitos de desayuno de los alumnos de primero de primaria en un colegio de Leganés. Saber los conocimientos de los niños con respecto al desayuno saludable tras una intervención en dos colegios.

MATERIAL Y MÉTODO: Se repartió una encuesta dietética del desayuno una semana antes de la intervención y una ficha adaptada a la edad, tras la misma en enero del 2011.

RESULTADOS: A 43 niños se les hizo la encuesta dietética durante los 7 días previos a la intervención. Todos desayunaban a diario leche con cereales y 8 (19%) añadieron fruta. Tras el desayuno saludable en el comedor del centro se pasó una encuesta con dibujos a 129 niños del Primer Ciclo de Primaria. El 100% de los niños, considera que se debe desayunar todos los días y ha identificado los alimentos que forman parte de un desayuno saludable (lácteos, cereales y fruta).

CONCLUSIONES: Es importante fomentar el consumo de fruta en el desayuno. La infancia es el mejor momento para instaurar unos hábitos alimentarios correctos. La escuela es el mejor lugar para fomentar unos hábitos de vida y alimentación saludables.

PG-05.- CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA (I)

Ruiz-Chércoles E.; Ruiz Giardín, J.M.; Muñoz González, L.; Sierra Borromeo, J.; Martín Martín, R.; Pérez Puentes, A.

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: El personal sanitario del centro de salud también es un pilar fundamental para la promoción de la lactancia materna. La formación es necesaria para resolver las dudas.

OBJETIVO: Investigar los conocimientos de los 41 profesionales de la salud de un centro de atención primaria de Leganés.

MATERIAL Y MÉTODO: Cuestionario al personal sanitario, enero 2011.

RESULTADOS: 60% médicos. El 17,5% considera que durante el segundo año de vida, la leche materna es de baja calidad. El 10% suspende la lactancia si la madre está tomando amoxicilina-clavulánico. El 35% suplementa con biberón al recién nacido amamantado cuando llora de hambre. El 73% recomienda la lactancia materna como único alimento hasta los 6 meses. El 22% daría algo más que la leche materna (agua, dextrosa). El 32% cree que la leche “aguada” es leche de bajo nivel nutricional. El 90% afirma que la cantidad de leche no depende del tamaño de los pechos. El 51% recomienda para el cuidado de los pezones el lavado de agua y jabón. El 44%, una correcta posición al amamantar para evitar las gritas.

CONCLUSIONES: La capacitación del personal sanitario es clave para promocionar la lactancia materna. Todo el personal debe informar de manera objetiva acerca de la mejor alimentación para el recién nacido.

PG-06.- CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA (II)

Ruiz-Chércoles, E.; Ruiz Giardín, J.M.; Muñoz González, L.; Sierra Borromeo, J.; Martín Martín, R.; Pérez Puentes, A.

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: La formación es necesaria para resolver las dudas que surjan sobre la lactancia materna.

OBJETIVO: Investigar los conocimientos de los 41 profesionales de la salud de un centro de atención primaria de Leganés.

MATERIAL Y MÉTODO: Cuestionario al personal sanitario durante enero 2011.

RESULTADOS: 60% médicos y 40% enfermeros. El 82% recomienda la primera mamada inmediatamente tras el parto. El 15% administraría suero glucosado para evitar la hipoglucemia. El 40% cree que dar el pecho con más frecuencia disminuye el riesgo de ictericia. Un 25% administraría un biberón hasta que tenga lugar la subida de la leche de la madre. El 90% recomienda dar el pecho cada vez que el bebé lo pida. El 60% cree que los chupetes no interfieren ni dificultan la lactancia materna. El 56% recomienda que el recién nacido permanezca día y noche con la madre. El 41% contesta que la primera toma debe ser al menos 3 horas después del parto. El 7% suspende la lactancia en caso de mastitis. El 70% recomienda lavar el pecho antes y después de cada toma. El 30% no recomienda dar el pecho si la madre es portadora de la hepatitis B.

CONCLUSIONES: La capacitación del personal sanitario es clave para promocionar la lactancia materna.

PG-07.- CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESORES ANTE EL NIÑO CON ASMA

Ruiz-Chércoles, E.; Ruiz Giardín, J.M.; Muñoz González, L.; Sierra Borromeo, J.; Martín Martín, R.; Pérez Puentes, A.

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: La detección de los síntomas y la administración correcta de los inhaladores mejoran el control de los niños con asma.

OBJETIVO: Investigar los conocimientos sobre el asma de 143 profesores de 8 colegios de Leganés.

MATERIAL Y MÉTODO: Se repartió un cuestionario a los profesores durante diciembre de 2010.

RESULTADOS: El 90% de los profesores es informado sobre los alumnos asmáticos en clase. El 25% ha tenido que atender crisis de asma en el horario escolar. El 50% conoce los primeros pasos ante una crisis de asma. El 38% por experiencia propia. El 77% de los profesores que conocen que tienen niños con asma, saben administrar la medicación, frente al 50% de los profesores que no saben que tienen niños asmáticos $p:0,04$ OR 3,3 IC 95% (1,005-11,307). El 90% de los profesores quiere recibir información. El 75% de forma escrita o mediante charlas. La mayoría cree que no hay un protocolo de actuación en el centro escolar.

CONCLUSIONES: La información del profesorado es escasa. Para el profesorado conocer que tienen alumnos con asma es una motivación para aumentar su conocimiento sobre el manejo de las crisis asmáticas en estos niños. Es necesario educar al profesorado en la identificación precoz de la crisis y el uso correcto de los inhaladores.

PG-08.- HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN TRAS UNA INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA

Ruiz-Chércoles, E.; Ruiz Giardín, J.M.; Muñoz González, L.; Sierra Borromeo, J.; Jiménez Antón, V.; Pérez Puentes, A.

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: Los hábitos alimentarios inadecuados y el sedentarismo contribuyen al aumento de la obesidad infantil. La escuela es un lugar ideal para la formación en estilos de vida saludables.

OBJETIVO: Valorar la modificación de los hábitos de alimentación tras un año de educación para la salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante el 2008 se pasó un cuestionario a los 464 alumnos del colegio sobre hábitos de alimentación, con medida del IMC. Posteriormente se realizaron tres desayunos saludables colectivos y se transmitió la información a los padres mediante circulares y charlas. Durante el 2010 se repitió el cuestionario.

RESULTADOS: En el 2009 el porcentaje de niños con obesidad y/o sobrepeso fue del 32%, tras la intervención, en el 2010 bajó al 18%, diferencia estadísticamente significativa con $p:0,005$. Al analizar la diferencia en los alimentos del desayuno se observó un aumento significativo del consumo del pan de barra, aceite de oliva y fruta durante el 2010, con $p < 0,05$ en todos los casos.

CONCLUSIONES: La escuela es el mejor lugar para fomentar unos hábitos de vida y alimentación saludables. Profesores, profesionales de la salud, padres, alumnos, así como las administraciones públicas, debemos contribuir a la promoción de hábitos de vida y alimentación saludable.

PG-09.- HISTORIA DE LA FLUIDOTERAPIA EN PEDIATRIA: UNA INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA

Zafra Anta, Miguel Angel^{1, 4}; Paz Lovera, Manuel Arturo¹; Medino Muñoz, Juan²; García Nieto, Victor^{3, 4}; Flores Antón, Beatriz¹.

¹ *Pediatría-Hospital Universitario Fuenlabrada.*

² *Biblioteca-Hospital Universitario Fuenlabrada.*

³ *Nefrología Pediátrica-Hospital Nuestra Señora de Candelaria.*

⁴ *Grupo de Historia y Documentación Pediátricas de la AEP*

INTRODUCCIÓN: Actualmente, los conocimientos científicos se difunden con rapidez pero, existe una tendencia a olvidar cómo se lograron. Por la importancia de conocer sus bases históricas, nos preguntamos por el resultado de aplicar una estrategia de búsqueda acerca del devenir histórico de un procedimiento habitual.

PREGUNTA: ¿Qué información existe sobre la historia de la fluidoterapia en pediatría? ¿Es accesible?

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: Palabras clave: Fluidoterapia - Historia - Niño.
Inglés/Francés/Español. Sin límite temporal.

RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS/CIENTÍFICOS CONSULTADOS: Bases de datos internacionales (PubMed, Embase, Historical Abstracts, Web of Science) nacionales (IME, DIALNET, BHCyTE), catálogo BNE, otros (Google Académico, JSTOR), sitios web de Historia de la Medicina, referencias secundarias de artículos a texto completo.

RESULTADOS: (Nº/repetidos): artículos recuperados: 307/rep32; relevantes: 111/rep21, seleccionados: 24/rep3.

HITOS CRONOLÓGICOS: Orígenes de infusión iv salina: 1832 (O'Shaughnessy-Latta). Uso de solución Ringer: 1876. Solución salina 0,9%: 1918 (Blacfan-Maxcy). Vía intraósea: 1940. Necesidades hídricas: 1957 (Holliday-Segar). Solución rehidratación oral: 1968 (Nalin). SRO: 1975 (Mahalanabis, OMS-UNICEF). Rehidratación rápida: 1980 (Pizarro). SR hiposódica: 1992 (EPSGAN).

CONCLUSIONES: Aunque con dificultad, los sistemas de búsqueda actuales nos han permitido reconocer los hitos que marcaron la adquisición de conocimientos sobre la fluidoterapia en pediatría. La historia de esa técnica en España queda aún por escribir.

PG-10.- TRATAMIENTO CON PROPRANOLOL EN ANGIOMAS CUTÁNEOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Ludeña del Río, Mercedes¹; Rosich del Cacho, María¹; Ruiz Fraile, Leticia¹; Roman Barba, Violeta¹, Pareja Grande, Julia¹; Sánchez Caminero, Maria Prado²

Servicio de Pediatría¹. Servicio de Dermatología². Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN: Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia. Aproximadamente 20% originan complicaciones, compresión u obstrucción de estructuras importantes, habiéndose utilizado con éxito el propranolol en estos casos.

CASO CLÍNICO: Presentamos 4 pacientes seguidas en Hematología infantil y Dermatología por angiomas cutáneos: lactante de 3 meses con hemangioma cervical; lactante de 9 meses con hemangioma en labio inferior, mucosa yugal y región preauricular ; lactante de 10 meses con hemangioma en mejilla; lactante de 5 meses con hemangioma en cara anterior cervical y raíz de tórax. En todas se realizó estudio de extensión (resonancia nuclear y ecografía abdominal) y se inició tratamiento con propranolol a dosis crecientes, hasta mantenimiento (2 mg/kg/día). Dos pacientes mejoraron clínica y radiológicamente; una mejoró parcialmente; la cuarta no evidenció reducción del hemangioma proponiéndose tratamiento con láser. La duración media del tratamiento fue de 9 meses.

CONCLUSIONES:

1. El tratamiento de los angiomas infantiles está siendo sustituido por el propranolol por ser una alternativa más eficaz y segura.
2. Antes del tratamiento se recomienda estudio cardiológico, y durante el mismo control de glucemia y presión arterial.
3. La duración del tratamiento depende de la edad de instauración. Interrupciones precoces pueden originar efecto rebote.

PG-11.- ¿PODEMOS Y DEBEMOS MEJORAR NUESTRA ACTITUD MÉDICA Y HUMANA FRENTE AL NIÑO ENFERMO CRÓNICO? AUTOCRÍTICA CONSTRUCTIVA

García Pérez, J.; Bello i Miro, S.; Herrero i Espinet, X.; Roca i Comas, A.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

En algunas ocasiones nos encontramos con algún niño crónico y/o grave o con una enfermedad no protocolizada y de baja prevalencia. Expondremos cómo podemos mejorar nuestra actitud tanto médica como humana ante estos casos, la formación, la mejora de los flujos de comunicación existentes y cómo podemos, mediante esta mejora, ofrecer una mejor servicio y atención tanto al niño enfermo crónico como a sus padres.

PG-12.- TATUAJES EN ADOLESCENTES: ALERGIAS E INFECCIONES

García Pérez, J.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

Si bien el tatuaje es una práctica milenaria, cierto es que ha ido cobrando un mayor impulso y aceptación en nuestra sociedad. Esta aceptación, también entre adolescentes, ha generado que se presenten alergias o infecciones a consecuencia de estos tatuajes. Comentaremos las variadas razones que pueden llevar a un adolescente a tatuarse y expondremos algunos casos.

PG-13.- BODY ART Y PERFORACIÓN CORPORAL: USO Y ABUSO

García Pérez, J.; Lirio Casero, J.; Díaz Huertas, J.A.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

La perforación se está extendiendo progresivamente entre los adolescentes españoles de ambos sexos, con especial rapidez en la década actual debido a su difusión entre los cantantes y miembros de grupos musicales, modelos, actores, deportistas, etc. La moda de la perforación conocido por el término inglés “*piercing*”, no está exenta de complicaciones y riesgos potencialmente muy peligrosos que los pediatras debemos conocer para su correcto tratamiento y para asesorar a padres y adolescentes.

PG-14.- ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES COMO CAUSA DE COJERA

Maldonado Toral, María José; Brea Prieto, Lidia; García Ballesteros, Ana Esther; Guerrero Alzola, Fabiola; Rodríguez, Leonor; Roa Francia, Miguel Ángel
Hospital de Móstoles, Madrid

ANTECEDENTES: La cojera es un síntoma relativamente frecuente en pediatría. La edad, el sexo, la historia clínica y un examen físico completo del niño ayudan a determinar la posible causa de la cojera. La mayoría de casos tienen una causa benigna autolimitada, pero un porcentaje significativo necesitan estudios adicionales para el diagnóstico y manejo temprano de patologías potencialmente letales.

CASO CLÍNICO: Niña de 4 años, presenta cojera y dolor inguinal izquierdo de un mes y medio de evolución, que aumenta progresivamente con limitación de la movilidad de miembro inferior izquierdo. Exploración física de extremidades inferiores: discrepancia de longitud de 1,5cm (izquierdo menor que el derecho), limitación de la abducción y rotación externa de 0° de cadera izquierda. Rx Pelvis: compatible con enfermedad de Perthes cadera izquierda. TeleRx: disimetría 1,18cm. Evolución: favorable con el uso de alza, férula de abducción y rehabilitación. Seguimiento en traumatología con controles radiográficos.

COMENTARIOS: La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es una causa de cojera y dolor de cadera, de inicio insidioso, en niños entre los 3 y 12 años, 4 veces más frecuente en varones. El diagnóstico requiere una alta sospecha debido a que en fase inicial la Rx es normal.

Neonatología

NN-01.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

Mayordomo Almendros, M; Ortega Rodríguez, M.; Castillo Ochando, F.; Martín Tamayo Blázquez, M.P.; Martínez García, M.J.; Ramírez Martínez, N.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Villarrobledo, Albacete

INTRODUCCIÓN: La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una patología frecuente, con una incidencia de 0.6-4.6/1000 recién nacidos (RN). Con frecuencia aparece en macrosomas y el 45 % asocia distocia de hombros. En la mayoría se lesionan C5-C7, encontrándose el brazo en aducción y rotación interna y el antebrazo en pronación (Erb-Duchenne) y con menos frecuencia C7-C8-T1 (Klumpke), provocando parálisis de la mano, ptosis y miosis. El pronóstico depende del mecanismo de lesión (neuroapraxia o axonometsis) y de la extensión, recuperándose la mayoría sin secuelas. El tratamiento consiste en rehabilitación y en los casos que no mejoran en 3-6 meses debe considerarse tratamiento quirúrgico.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de PBO en 2010 y analizar las características clínicas, factores de riesgo y pronóstico.

| Caso | Sexo | EG | PRN | Parto Presentación | Tipo Parálisis Localización | Recuperación | PC | TTO |
|------|-------|----------|---------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|-----|----------|
| 1 | Varón | 37+4 sem | 3330 gr | Espátulas Cefálica. | ERB-DUCHENNE MSD | 48 horas | NO | NO |
| 2 | Varón | 40+6 sem | 3860 gr | Distocia hombros. Cefálica. | ERB- DUCHENNE MSD | 13 días | NO | RHB |
| 3 | Varón | 41+3 sem | 4520 gr | Fórceps. Cefálica. | ERB-DUCHENNE MSD | 1 mes | NO | RHB |
| 4 | Mujer | 39+5 sem | 4220 gr | Eutócico. Cefálica. | ERB- DUCHENNE MSD | 1 mes | NO | RHB |
| 5 | Mujer | 41 sem | 3250 gr | Ventosa. Cefálica. | COMPLETA MSD | Secuela parálisis | EMG | RHB QX?? |

MATERIAL Y MÉTODOS: Se consultó el registro de RN en nuestra base de datos informatizada, existiendo 536 partos en 2010. Se revisaron las historias clínicas de los RN diagnosticados de PBO, analizándose factores de riesgo (distocia de hombros, presentación, parto, PRN), tipo de parálisis, extremidad afectada, tiempo de recuperación, tratamiento y secuelas.

RESULTADOS: En 2010 hubo 5 RN con diagnóstico de PBO, estimándose una incidencia de 9.3/1000 RN. El 60% fueron varones. El PRN medio fue de 3836 gr (rango 3250-4520 gr). En todos los casos la presentación al nacimiento fue cefálica. El 60% (n=3) precisó parto instrumental y en un caso existió distocia de hombros. En todos los casos se afectaron las raíces superiores (Erb) y en un caso hubo parálisis completa con afectación de la mano. En todos los pacientes la PBO fue derecha. El 80% (n= 4) presentó recuperación completa en el

primer mes. Un caso precisó EMG a los 2 meses. Todos los niños excepto uno, que se recuperó en 48 horas, fueron controlados en Neuropediatría y Rehabilitación. Un caso presenta a los 3 meses parálisis completa con afectación del brazo y la mano, pendiente de valorar cirugía.

CONCLUSIONES: La PBO es frecuente en el RN, siendo nuestra incidencia en el último año superior a otros estudios. La mayoría se asocian con peso elevado, distocia de hombros y partos instrumentales.

El diagnóstico es clínico. El pronóstico en general es bueno, con recuperación completa. En casos con mala evolución a los 2-3 meses de vida es necesario realizar un EMG para valorar el tipo de lesión. La existencia de secuelas se relaciona con axonometsis y una afectación más extensa de las fibras nerviosas.

NN-02.- ANÁLISIS DE LA ESTADÍSTICA NEONATAL Y SU EVOLUCIÓN EN EL ÁREA FUNCIONAL DE GESTIÓN DE ALBACETE DURANTE EL PERIODO 2006-2010

Hoyos Vázquez, M.S.¹; Hoyos Vázquez, M.²; Vázquez García, M.S.¹; Martínez Gutiérrez, A.¹; Amezcua Recover, A.³; Cepillo Boluda, A.J.¹

¹ *Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

² *Unidad de Control de Gestión Económico Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

³ *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

INTRODUCCIÓN: Los registros y estadísticas neonatales permiten disponer de información sobre natalidad, gemelaridad, tasa de prematuridad e índice de supervivencia.

OBJETIVOS: Dar a conocer la estadística perinatal en nuestro medio aportando datos no comunicados anteriormente durante el periodo 2006-2010.

MÉTODOS: 1) Obtención de datos del libro-registro de paritorio de los nacimientos mensuales (sexo, E.G, peso, gemelaridad) y 2) Uso de la contabilidad analítica del área para el cálculo del coste del GRD (Grupo Relacionado con el Diagnóstico).

RESULTADOS: En 2006-2010: total de nacimientos 17.107. RN vivos 17.046 (varones 8.741, mujeres 8.305). Gemelos 289. Tasa de crecimiento: 9.6%. Distribución EG: <28 semanas: 78; 28-31 sem: 178; 32-36 sem: 1441; 37-41 sem: 15.022; 42 sem: 316; EG desconocida: 11. RN pretérmino: 1.697. Tasa de prematuridad estable (9.3-10.5%). Distribución por peso: <1000g: 83; 1000-1499g: 153; 1500-2499g: 1.385; >2500g: 15.425. Índice de supervivencia RN <1500 g superior al publicado por SEN, destacando el grupo de 500-999 g. Estancia media y coste GRD de 2.5 días y 667 euros (GRD 629) a 91 días y 119.723 euros (GRD 602).

CONCLUSIONES: El conocimiento de nuestros datos nos permite planificar necesidades de personal y equipos técnicos, evaluar la calidad asistencial y su coste así como facilitar la actuación a la Administración Sanitaria.

NN-03.- ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL ÁREA DE ALBACETE ENTRE LOS AÑOS 2006-2010

Hoyos Vázquez, M.S.¹; Hoyos Vázquez, M.²; Vázquez García, M.S.¹; Martínez Gutiérrez, A.¹; Amezcua Recover, A.³; Cepillo Boluda, A.J.¹

¹ *Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

² *Unidad de Control de Gestión Económico Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

³ *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

INTRODUCCIÓN: Los registros de mortalidad perinatal nos ofrecen información no sólo del número de fallecidos, sino también de causas y factores que rodean al hecho, para profundizar en su investigación.

OBJETIVOS: Dar a conocer la estadística sobre mortalidad perinatal en nuestro medio en el periodo 2006-2010.

MÉTODOS: 1) Obtención de datos del libro-registro de paritorio de los nacimientos y muertes fetales, 2) Revisión de informes de alta por éxitus en el Servicio de Neonatología y 3) Revisión de Anatomía Patológica de los fallecidos.

RESULTADOS: En 2006-2010: total de nacimientos 17.107 (17.046 RN vivos, 61 muertes fetales). 26 muertes neonatales. Mortalidad fetal: distribución por EG: <28 sem: 12; 28-31 sem: 14; 32-36 sem: 13; 37-41 sem: 22. Distribución por peso: <1000 g: 11; 1000-1499g: 12; 1500-2499g: 15; >2500g: 21. Mortalidad neonatal: distribución por EG: <28 sem: 14; 28-31 sem: 4; 32-36 sem: 4; 37-41 sem: 4. Distribución por peso: <1000g: 13; 1000-1499g: 7; 1500-2499g: 1, >2500g: 5. Tasa de mortalidad fetal: 2.87-4.21‰ (Sociedad Española Neonatología –SEN- 4.7‰). Tasa de mortalidad neonatal: 0.28-2.52‰ (SEN 2.61‰). Descenso de mortalidad perinatal: 28%. Tasa de mortalidad perinatal entre 4.31-5.98‰ (SEN 7.32‰). 47.5% necropsias fetales. 23% necropsias neonatales. 77% diagnóstico clínico de muerte neonatal.

CONCLUSIONES: el conocimiento de nuestros datos nos permite analizar las causas y factores que los han motivado y evaluar la calidad asistencial, considerando la necesidad de incrementar el número de necropsias.

NN-04.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UN GRAN PREMATURO CON SÍNDROME DE MAULLIDO DEL GATO Y TRASLOCACIÓN NO BALANCEADA t (5p; 21q)

Paz Lovera, Manuel Arturo; Flores Antón, Beatriz; Rivero Calle, Irene; Domingo Comeche, Laura; Lesmes Moltó, Leticia; Rivero Martin, María José
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las características clínicas y la complejidad tecnológica del cuidado de los grandes prematuros dificultan el diagnóstico de cromosopatías. Presentamos el caso de un pretérmino <1500gr diagnosticado al mes de vida de síndrome de Maullido de Gato (SMG) con alteración genética infrecuente.

CASO CLÍNICO: RNPT (30+5sem)/PAEG (PRN: 1480gr); diagnóstico prenatal CIR y ventriculomegalia, serologías habituales, VEB, CMV: negativas. Madre 35 años, rehúsa amniocentesis. Madurado con corticoides. Cesárea por abrupcio placentae, sospecha de corioamnionitis, Apgar 2/5/7. Administrado surfactante, ventilación mecánica 7 días. Desde el nacimiento hipotonía marcada, irritabilidad, llanto agudo monocromático, pliegue palmar transversal unilateral, hipertelorismo, puente nasal plano, hendiduras palpebrales antimongoloides sin otra alteración fenotípica. Evolución a microcefalia, mioclonías, incoordinación succión/deglución. Ecografía transfontanelar: HIV grado II-III. Cariotipo: sospecha de monosomía 21. Por hibridación *in situ* (FISH): delección 5p y traslocación 5p,21. FISH madre: traslocación balanceada 5,21.

COMENTARIOS: El SMG es una enfermedad genética rara (incidencia 1/15000-1/50000) caracterizado por llanto agudo, retraso mental, facies peculiar (menos evidente en un prematuro) y microcefalia. El genotipo más frecuente es la delección 5p. Nuestro caso tenía un genotipo infrecuente (7% de los casos): falsa monosomía 21 por traslocación (5p;21). Se requiere un alto grado de sospecha para lograr diagnósticos tempranos en enfermedades raras.

NN-05.- SINCINESIA DE MARCUS GUNN. DIAGNÓSTICO PRECOZ EN UN PREMATURO AMAMANTADO

Rivero Calle, Irene; Paz Lovera, Manuel Arturo; Flores Antón, Beatriz; Manzanares Blázquez, Patricia; Sanz Fernández, María; de las Heras Ibarra, Susana.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

ANTECEDENTES: Sincinesia de Marcus Gunn (SMG) o trigémino-oculomotora: forma infrecuente de blefaroptosis congénita (2-13% de los casos de ptosis congénita) que asocia elevación del párpado con movimientos mandibulares. Se asocia con frecuencia a otros defectos oculares: ambliopía (24-59%), anisometropía (5-25%), estrabismo (50-60%).

CASO CLÍNICO: Pretérmino varón (33 semanas), PAN: 2.135 g. Serologías negativas. Cesárea urgente por placenta previa sangrante. Apgar 8/9. Enfermedad de membrana hialina, una dosis de surfactante, buena evolución posterior; neumotórax derecho resuelto espontáneamente; ictericia resuelta con fototerapia. Se objetivan movimientos de parpadeo en ojo derecho coincidentes con la succión del pecho, diagnosticándose de sincinesia de Marcus Gunn. Ecografía cerebral y resonancia magnética cerebral normales. Valoración oftalmológica: ptosis derecha leve; no estrabismo, no limitaciones de los movimientos extraoculares ni interferencia del párpado con el eje visual a los 8 meses de vida. Opina la madre que está mejorando.

COMENTARIOS: Dado que los signos son evidentes desde las primeras tomas, los profesionales al cuidado de la madre y el niño deben conocer esta alteración para remitir al paciente a valoración y tratamiento oportunos. La mayoría de los casos y series se refieren a niños mayores por lo que consideramos de interés particular nuestro caso.

NN-06.- EXPERIENCIA EN EL TRASLADO SECUNDARIO NEONATAL URGENTE EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

Rubio Jiménez, M.E.; Cid París, E.; López Andrés, N.; Arriola Pereda, G.; Pangua Gómez, M.; Jiménez Bustos, J.M.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN: El transporte sanitario secundario neonatal urgente (TSSNU) es el traslado de pacientes prematuros o menores de 28 días en estado crítico que se realiza entre dos centros sanitarios.

OBJETIVOS: Conocer las características de los TSSNU realizados desde un hospital secundario, que carece de UCIN, cirugía pediátrica y neurocirugía, y que asume prematuros de edad gestacional igual o superior a las 30 semanas.

MÉTODOS: Revisión de los TSSNU realizados durante el periodo 2006-2010.

RESULTADOS: Se realizaron 82 TSSNU, siendo en el 23,2 % la prematuridad (edad gestacional media de 27+4) el motivo principal. Todos estos prematuros se trasladaron en las primeras 12 horas de vida y con antibioterapia, el 89,5% con VM y en el 89,4% se había administrado surfactante y realizado canalización umbilical.

| Causa principal de traslado | Porcentaje | Edad media (días de vida) en el momento del traslado | Patologías principales |
|----------------------------------|------------|--|----------------------------|
| Prematuridad (<30 semanas de EG) | 23,2% | 0 | Prematuridad |
| Complicaciones respiratorias | 38,1% | 6,5 | Distrés respiratorio grave |
| Complicaciones digestivas | 20,6% | 6,8 | Enterocolitis necrotizante |
| Complicaciones cardiológicas | 14,3% | 4,2 | Coartación aórtica |
| Complicaciones infecciosas | 8,5% | 8,6 | Sepsis |
| Otras | 4,7% | 11,6 | |

Días de la semana con más traslados: martes y viernes (18,3%). La mitad de los traslados (56,1 %) se realizaron por la tarde. El 43,9 % de los traslados fue realizado por neonatólogos y en ninguna ocasión surgieron complicaciones.

CONCLUSIONES: Los neonatos fueron trasladados a UCIN debido fundamentalmente a prematuridad menor de 30 semanas y a complicaciones respiratorias graves. No se registraron complicaciones durante los traslados, a pesar de no haber personal específico para transporte neonatal.

NN-07.- HIPOCALCEMIA NEONATAL PROLONGADA

Fernández Caamaño, Beatriz; Hernández Serrano, Rafael; González Casado, Isabel; Álvarez-Cuervo Suárez, Laura; Quero Jiménez, José; Gracia Bouthelier, Ricardo
Hospital Infantil Universitario de La Paz

INTRODUCCIÓN: La hipocalcemia neonatal y el raquitismo por déficit nutricional materno de vitamina D durante el embarazo y lactancia se trata de una enfermedad emergente, sobre todo entre inmigrantes en los países europeos. Presentamos dos casos clínicos de hipocalcemia neonatal sintomática causada por déficit materno de vitamina D durante el embarazo. Exponemos un tercer caso de hipovitaminosis D neonatal en probable relación con el déficit materno de esta vitamina, no pudiendo ser confirmado por ausencia de datos analíticos maternos.

CASO 1: Recién nacido de 33+1 semanas. Apgar 9/10. Ph al nacer 7,29. Madre raza negra. Preeclampsia y trombopenia. Ecografías y serologías prenatales sin alteraciones. A su ingreso valores de calcio por debajo de los límites normales. Se acompaña de temblor de extremidades. Debido a la persistencia de la hipocalcemia en pretérmino tras los 5 primeros días de vida, se decide realizar un estudio del metabolismo fosfocálcico a la madre y a nuestro paciente (ver tabla adjunta).

Se objetiva hiperparatiroidismo neonatal secundario a hipocalcemia por déficit materno de vitamina D.

CASO 2: Recién nacido de 38+4 semanas. Apgar 9/10. Ph venoso al nacer 7,35. Madre raza negra. Ecografías y serologías sin alteraciones. A los 2 días de vida hipocalcemia sintomática con temblores espontáneos y a la manipulación. Metabolismos fosfocálcico reflejado en tabla adjunta.

| | Caso 1 | Madre 1 | Caso 2 | Madre 2 | Caso 3 |
|---------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Calcio total (mg/dL) | 8,8 * | 9,6* | 7 | 8,6 | 7,2 |
| Calcio iónico (mmol/L) | 0,98 | | 0,95 | | 0,95 |
| Fósforo (mg/dL) | 8 | 4,2 | 10,3 | 4 | 8,9 |
| Magnesio (mg/dL) | 2,48 | | 2 | | 2 |
| Fosfatasa Alcalina (UI/L) | 465 | 129 | | 131 | 267 |
| LDH (UI/L) | 509 | 341 | | | |
| PTH (pg/mL) | 394 | 82 | 110 | 68 | 228 |
| vitamina D (ng/mL) | 40 | 7 | 18 | 10 | 4 |
| Creatinina orina (mg/dL) | 32,3 | 64,4 | | | |
| Calcio en orina (mg/dL) | 0,1 | 2,1 | | | |

CONCLUSIÓN: La deficiencia de vitamina D en neonatos y niños en general, puede tener consecuencias para la salud como disminución del crecimiento y raquitismo. Se debe sospechar un déficit materno de vitamina D ante cualquier hipocalcemia de más de 5-7 días de evolución en recién nacidos de madres con piel oscura y escasa exposición solar, especialmente si reciben lactancia materna.

NN-08.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN URGENCIAS DE LOS PREMATUROS EN SUS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Rubio Jiménez, M.E.; Cid París, E.; López Andrés, N.; Arriola Pereda, G.; García Mazarío, M.J.; Jiménez Bustos, J.M.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizar las consultas realizadas por los prematuros nacidos en el año 2008, durante sus dos primeros años de vida, en nuestro servicio de Urgencias.

MÉTODOS: Revisión de informes de urgencias del periodo 2008-2010 de los neonatos prematuros nacidos en 2008.

RESULTADOS: Durante 2008, de los 2375 recién nacidos vivos en nuestro hospital, 187 fueron prematuros, de los cuales el 63,1% requirió ingreso al nacimiento en el servicio de neonatología:

| Edad gestacional | Número (%) | Sexo | | Número de ingresos | |
|------------------|-------------|------|----|--------------------|-------------|
| | | ♀ | ♂ | Al nacimiento | posteriores |
| 35-36+6 semanas | 120 (64,2%) | 46 | 74 | 56 | 36 |
| 33-34+6 semanas | 38 (20,3%) | 19 | 19 | 35 | 19 |
| 31-32+6 semanas | 14 (7,5%) | 6 | 8 | 14 | 7 |
| 29-30+6 semanas | 13 (7%) | 9 | 4 | 13 | 3 |
| 27-28+6 semanas | 1 (0,5%) | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 25-26+6 semanas | 1 (0,5%) | 1 | 0 | 1 | 0 |

Un total de 135 (72,3%) de estos prematuros acudieron a urgencias en el periodo analizado, el 53,7% durante los 6 primeros meses de vida (media de visitas: 1,8), el 76,3% entre 6 y 12 meses (media 2) y el 45,9 % entre los 1 y 2 años (media 2,5). Se registraron en total 497 visitas, cuyos motivos principales de consulta fueron la clínica respiratoria y la fiebre.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra no observamos relación entre el grado de prematuridad y frecuentación a urgencias, pero no se han incluido las visitas de grandes prematuros que hayan sido derivados intraútero a hospitales terciarios con UCIN.

NN-09.- ¿CONSULTAN EN URGENCIAS CON MÁS FRECUENCIA LOS PREMATUROS TARDÍOS QUE LOS NIÑOS A TÉRMINO? COMPARACIÓN DE LA DEMANDA EN URGENCIAS EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

Rubio Jiménez, M.E.; Cid París, E.; López Andrés, N.; Arriola Pereda, G.; Hernández Bejarano, M.J.; Jiménez Bustos, J.M.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se consideran prematuros tardíos aquellos niños nacidos entre la 34 y la 36+6 semanas de gestación.

MÉTODOS: Análisis comparativo de la demanda de consulta urgente en los primeros dos años de vida de los prematuros tardíos nacidos en el año 2008 en nuestro hospital, frente a una muestra similar de recién nacidos a término en el mismo periodo, eligiendo como control el siguiente neonato no prematuro.

RESULTADOS: De los 2375 recién nacidos en nuestro hospital en el año 2008, 187 fueron prematuros, y 145 eran prematuros tardíos.

| Edad gestacional | Número (%) | Sexo | | Número de ingresos | |
|--------------------------|------------|------|----|--------------------|-------------|
| | | ♀ | ♂ | Periodo neonatal | No neonatal |
| 34-34+6 semanas | 25 (17,2%) | 11 | 14 | 22 | 5 |
| 35-35+6 semanas | 44 (30,3%) | 18 | 26 | 29 | 9 |
| 36-36+6 semanas | 76 (52,4%) | 28 | 48 | 25 | 27 |
| Total prematuros tardíos | 145(100%) | 57 | 88 | 76 | 41 |
| Controles (>37 semanas) | 145(100%) | 64 | 81 | 3 | 47 |

En el periodo analizado acudieron a urgencias 105 (72,4%) prematuros tardíos, frente a 120 (86,2%) nacidos a término. Durante los 6 primeros meses de vida consultaron un 40,7% frente al 28,3 % de controles, el 51,7 % entre los 6 y 12 meses (51% de controles) y el 35,2 % entre 1 y 2 años (57,9% de controles). Se registraron 383 visitas de prematuros tardíos y 387 visitas del grupo control.

CONCLUSIONES: Los prematuros tardíos presentan mayor fragilidad en los primeros meses de vida, lo que motiva el mayor porcentaje de ingresos en el periodo neonatal. Sin embargo, no objetivamos relación entre la prematuridad tardía y la frecuentación a urgencias.

NN-10.- REVISIÓN DE 5 AÑOS DE LOS INGRESOS PROCEDENTES DE URGENCIAS POR ICTERICIA NEONATAL

Rubio Jiménez, M.E.; López Andrés, N.; Cid París, E.; Arriola Pereda, G.; Aldea Romero, A.E.; Jiménez Bustos, J.M.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN: La ictericia neonatal constituye un motivo de consulta frecuente en los primeros días de vida. Es fundamental su identificación y un tratamiento precoz para prevenir secuelas neurológicas.

OBJETIVO: Conocer las características de los neonatos que ingresan procedentes del servicio de urgencias por ictericia.

MÉTODOS: Revisión de historias clínicas de los neonatos ingresados desde enero de 2006 a diciembre de 2010.

RESULTADOS: Ingresaron procedentes de la urgencia 54 neonatos (50% varones) con edad media 5,46 días (rango 3-25). El 51,9% acudían derivados por su pediatra, 29,6% consultaban espontáneamente y 7,4% por otro motivo. Recibían lactancia materna el 74,2%, artificial el 5,5% y mixta el 20,3%. Determinación media de bilirrubina: 19,44 mg/dl (rango 14-30,7). Se determinó la isoimmunización como causa de la hiperbilirrubinemia en 1 caso, anemia hemolítica en otro caso, secundario a deshidratación en 7 y el resto se clasificaron como origen multifactorial. Todos recibieron fototerapia entre 8 y 72 horas (media 21,4 horas).

CONCLUSIONES: La ictericia neonatal que precisa ingreso es multifactorial en la mayoría de los casos. Más de la mitad de los neonatos fueron derivados por su pediatra, dato que reafirma la importancia de una valoración precoz en el centro de salud tras el alta de maternidad.

NN-11.- DEPRESIÓN NEONATAL SEVERA Y EXANTEMA DISEMINADO

Román Barba, Violeta; López López, Carmen María; Ruiz Fraile, Leticia; Martínez Jiménez, María Dolores; Bejarano Ramírez, Natalia, Rosich del Cacho, María.

Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN: La listeriosis neonatal es una enfermedad infrecuente, 4-13/10.000 neonatos vivos, pero potencialmente grave, mortalidad perinatal del 50-100%. La gestante ingiere alimentos contaminados pudiendo presentar un síndrome pseudogripal. La transmisión fetal es hematogena y vertical, causando aborto, prematuridad, sepsis precoz, meningitis tardía...

CASO CLÍNICO: Recién nacido varón adecuado a la edad gestacional, nacido tras parto inducido a las 37+6 semanas por riesgo de pérdida del bienestar fetal; Apgar 3/3/3 , reanimación tipo V. Es derivado a nuestro hospital, objetivando exantema eritemato-macular generalizado, secreción naso-traqueal amarilloverdosa, insuficiencia respiratoria, hipotensión arterial, trombopenia severa y elevación de reactantes de fase aguda. Punción lumbar no realizada por contraindicación médica. Precisó ventilación mecánica convencional, soporte inotrópico y tratamiento antibiótico. Cultivos de muestras biológicas: positivos a *Listeria Monocytogenes*. Desarrolló hidrocefalia tetraentricular no obstructiva que requirió válvula de derivación. Antecedentes familiares: madre con cuadro pseudogripal 20 días previos al parto e ingestión de suero lácteo elaborado domiciliariamente.

COMENTARIOS:

1. La listeria puede contaminar los alimentos siendo recomendable su adecuada elaboración, evitando lácteos sin pasteurizar.
2. Elevada morbimortalidad neonatal; las principales secuelas hidrocefalia y retraso psicomotor.
3. Sospechar el diagnóstico de listeriosis en gestantes con fiebre de origen desconocido y cuadro pseudogripal.

Endocrinología

ED-01.- SINDROME MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER FICTICIO

Doyle Sánchez, María; Ruíz Cano, Rafael; García Villaescusa, Lourdes; González Castillo, M^a Llanos; Buedo Rubio, Marisa; García González, Verónica

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) o agenesia vaginal consiste en una malformación congénita en el desarrollo de los conductos de Müller caracterizada por aplasia uterina y ausencia de dos tercios superiores de vagina, pero con ovarios funcionantes, en pacientes fenotípicamente femeninas y cariotipo 46XX. Es la segunda causa de amenorrea después de la disgenesia gonadal y su diagnóstico es raro antes de la adolescencia. Su incidencia es 1/ 4500-5000.

CASO CLÍNICO: Niña de 5 años y 2 meses remitida por telarquia aislada desde el periodo neonatal. **EF:** Peso: 27 kg, Talla: 115,4 cm. T3, P1. **Exploraciones complementarias:** Estudio hormonal: normal salvo PRL elevada (máximo 182,5 ng/ml); RMN cerebral: normal en dos ocasiones descartando adenoma hipofisario. Edad ósea: 6 años a los 5 años y 3 meses. Ecografía ginecológica: no se objetivan útero ni ovarios. RNM pelvico-abdominal (9 años y 6 meses): se visualiza tercio vaginal inferior pero no los dos tercios superiores ni útero ni ovarios. **Evolución:** Ante estos hallazgos radiológicos se realiza el diagnóstico de SMRKH. Las cifras de PRL se fueron normalizando (29 ng/ml). A los 13 años los niveles de gonadotropinas eran normales para su edad (LH: 3,19 mUI/ml; FSH: 5,82 mUI/ml) con cifras altas/normales de Estradiol 36,3 pg/ml y testosterona normal: 0,3 ng/ml por lo que se decide repetir ecografía ginecológica comprobando la presencia de ovarios y restos müllerianos.

COMENTARIOS: A pesar de ser la ecografía ginecológica y la RMN abdominal, las pruebas radiológicas de elección para realizar el diagnóstico definitivo de SMRKH, hemos podido comprobar que en estadios prepuberal es difícil valorar la presencia de órganos genitales internos femeninos como sucedió en nuestra paciente.

ED-02.- PANHIPOPITUITARISMO: DIFERENTES FORMAS EVOLUTIVAS

Doyle Sánchez, María; Ruiz Cano, Rafael; Sánchez González, Cándida; González Castillo, M^a Llanos; García González, Verónica; Buedo Rubio, Marisa
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El panhipopituitarismo es una patología infrecuente en la edad pediátrica, definida como la disminución en la secreción de una, varias o todas las hormonas hipofisarias. La forma de presentación varía en función de la edad, del momento de aparición pudiendo ser congénito o adquirido. En el 95% de los casos el origen es adquirido, siendo el craneofaringioma la etiología más frecuente.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional mediante revisión de historias clínicas de 3 pacientes diagnosticados de panhipopituitarismo en edad pediátrica.

OBJETIVO: Describir las características y la evolución de dichos pacientes.

RESULTADOS (Tabla): Presentamos 2 varones y 1 mujer diagnosticados de panhipopituitarismo. Uno de diagnóstico en periodo neonatal, un caso de neurohipofisitis y otro caso que consultaba por talla baja a los 5 años, destacando el antecedente de hipoglucemia neonatal.

| Sexo | Edad Debut | Clínica Debut | Déficits | Imagen | Genética Otros | TT° | Edad Peso Talla |
|------|--------------|--|-------------------------|--|--|--|--|
| V | 10hdv | Parada cardiorrespiratoria, hipoglucemia y micropene | ACTH, TSH, GH, FSH Y LH | RMN cerebral: hipoplasia adenohipófisis, neurohipófisis ectópica, tallo hipofisario rudimentario. EO: retrasada 2 años. | 46 XY PIT 1 Y PROP 1 NEGATIVO | Levotiroxina Hidroaltesona GHr Testosterona | 6 a y 10m P: 30Kg T: 123 cm |
| V | 5 años | Talla baja Hipoglucemia al nacimiento | GH, TSH, ACTH | RMN cerebral: Tallo hipofisario hipoplásico y silla turca pequeña con lóbulo posterior ectópico. EO: 4 años a los 12 años y 17 y 6 meses a los 18 años. | PIT 1, HESX 1 NEGATIVO | Levotiroxina Hidroaltesona GHr | 18 a y 1 m P: 58 Kg T:168,3cm |
| M | 2 años y 3 m | Poliuria y polidipsia | ADH, TSH | RNM cerebral (1°): Engrosamiento del tallo hipofisario compatible con neurohipofisitis. RMN cerebral (control): normal. EO: 2 años y 6 meses con 3 años y 6 meses | | Levotiroxina Desmopresina | 14 a y 3 m P: 66 Kg T:166 cm |

COMENTARIOS: El diagnóstico de panhipopituitarismo debe basarse en la sospecha clínica especialmente en el periodo neonatal frente a una hipoglucemia, micropene o incluso parada

cardiorespiratoria sin otra causa aparente. El estudio genético fue negativo en los dos casos, lo que induce a pensar que son otros genes los que están implicados. Reseñar la importancia de la RMN cerebral como técnica de elección para realizar el diagnóstico y seguimiento del panhipopituitarismo, a pesar de ser normal en estadios iniciales.

ED-03.- ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG Y MEN: INFRECUENTE E IMPORTANTE ASOCIACION

Orío Hernandez, Mireya; Cabezas Tapia, M^a Elena; Sanz Tellechea, Enrique; Moreno Sánchez, Rubén; Romero-Hombrebueno Domínguez, Nieves; García-Vao Bel, Carlos M^a.

Hospital del Tajo (Aranjuez)

ANTECEDENTES: El síndrome de Neoplasias Endocrinas Múltiples (MEN) tipo 2, de herencia autonómica dominante y alta penetrancia, consiste en feocromocitoma suprarrenal, carcinoma medular de tiroides (CMT) e hiperplasia/adenoma de paratiroides. Pueden asociarse a él otras patologías no endocrinológicas.

CASO CLÍNICO: Mujer de 13 años precisó tiroidectomía total por presentar la mutación c.1859G>A; p.Cys620Tyr en el exón 10 del gen RET, asociada a MEN2 y a alto riesgo de CMT. La anatomía patológica reveló hiperplasia de células C e hiperplasia nodular difusa de tiroides. Su madre y un primo materno, con estreñimiento crónico, fueron intervenidos de Enfermedad de Hirschprung (EH), hace 9 y 1.5 años, respectivamente. Tras estudio familiar, se diagnosticó una tía materna de EH. Los afectados de EH y un tío materno, asintomático, presentaron mutación del gen RET. Abuelo materno fallecido de Cáncer de páncreas, abuela materna sin mutación. Madre de la paciente intervenida de feocromocitoma suprarrenal hace 3 meses; pendiente de tiroidectomía total profiláctica. Los demás familiares son estudiados en otros centros.

COMENTARIOS: Por su gravedad, el grupo de MEN precisa detección y medidas profilácticas precoces. Pese a no ser frecuente su asociación con EH, su aparición en varios miembros familiares debe alertar de un posible MEN.

ED-04.- SINDROME DE TURNER: REVISIÓN DE NUESTROS CASOS

Ramírez Martínez, N.; Ruíz Cano, R.; González Castillo, M.L.; Doyle Sánchez, M.; Hernández Bertó, T.; Martínez García, M.J.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Turner (ST), se caracteriza por una serie de hallazgos físicos característicos: hipogonadismo hipergonadotrofo y la ausencia total o parcial de un cromosoma X. Por su disgenesia gonadal, sólo 2-5% tendrán menstruaciones espontáneas.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los casos de ST seguidos en nuestra consulta de endocrinología pediátrica desde 1990 hasta la actualidad.

RESULTADOS: Recogidos un total de doce casos: las características fenotípicas más frecuentes fueron talla baja; edemas de pies y manos en período neonatal; deformidades esqueléticas; otitis media aguda de repetición y obesidad. Respecto a la pubertad: dos casos en estadio prepuberal. La menarquía fue espontánea y regular en cinco casos; espontánea e irregular precisando tratamiento (tto) con estrógenos (Eo) en dos casos; no presentaron menarquía espontánea precisando tto con Eo otros dos casos. El tto de la talla baja con hormona de crecimiento (GH):

| Edad (años) inicio tto | Velocidad de Crecimiento (VC) al inicio del tto (cm/año) | VC durante el tto (cm/año) | Talla diana (TD) (cm) | Talla actual (cm) | Edad actual (años) | CARIOTIPO |
|------------------------|--|----------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|------------|
| 13 | 3 | 4.95 | 161 | 151.5 | 17 | mosaicismo |
| 12.5 | 4 | 5.8 | 157.3 | 146.3 | 13 | mosaicismo |
| 3.5 | | 5.5 | 162.9 | 127 | 9 | 45X0 |
| 2 | 4 | 6.7 | 156.45 | 109.2 | 7.5 | 45X0 |
| 11.5 | 4.3 | 6.18 | 150 | 153.3 | 15 | mosaicismo |
| 3.5 | 5.5 | 8.3 | 160 | 162 | 18 | 45X0 |
| 5.5 | 3 | 6.8 | 157 | 148.5 | 15 | 45X0 |
| 6 | 6 | 7.6 | 158.5 | 142 | 17.5 | mosaicismo |
| 9.5 | 6.87 | 8.9 | 161.2 | 156 | 17 | mosaicismo |
| 10.5 | 3.5 | 6.2 | 157.5 | 155 | 17 | mosaicismo |
| 8 | 4.3 | 7.8 | 156 | 153.7 | 17 | mosaicismo |
| 12.5 | 3.67 | 6.4 | 155.9 | 150.4 | 16.5 | mosaicismo |

CONCLUSIONES:

1. La mitad de nuestras pacientes presentaron menarquía espontánea y regular.
2. El tto con GH fue efectivo en todas nuestras pacientes con aceleración de la VC y en dos casos superó la TD, en tres se aproximó a la TD y cuatro continúan en tto.

ED-05.- DISGENESIA GONADAL MIXTA. 45X0/46XY. ¿NIÑO O NIÑA? ¿QUIÉN DECIDE Y CUÁNDO? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jiménez Echevarría, Saioa; Del Pozo Menéndez, Beatriz; De la Parte Cancho, María; Martínez Escribano, Beatriz; Ceñal González-Fierro, M^a Jesús; Sánchez de León, Lorenzo.

Hospital Universitario de Móstoles (Madrid).

ANTECEDENTES: El 90% de mosaicismos 45X0/46XY diagnosticados prenatalmente son varones fenotípicamente normales. Los diagnósticos postnatales tienen amplia expresividad clínica (Turner, disgenesia gonadal mixta, pseudohermafroditismo masculino).

CASO CLÍNICO: Pretérmino (32 semanas) con peso bajo (982gr). Diagnóstico prenatal de retraso del crecimiento intrauterino (CIR) y sexo femenino con hipertrofia de clítorix. Amniocentesis: mosaicismo 45X0/46XY. Madurado con corticoides. No otros antecedentes de interés. Cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Apgar 9/10. **Hallazgos al nacimiento:** CIR, distrés respiratorio transitorio, riesgo infeccioso y genitales atípicos (ausencia de fusión posterior labios mayores, falo con hipospadias, criptorquidia). **Evolución:** ductus persistente, trastornos hematológicos secundarios a CIR, hipoglucemias, hiponatremia e hipotiroidismo. **Estudio:** Cariotipo 45X0/46XY (14%/86%), SRY+. FSH 32mUI/ml. LH 33mUI/ml. Cortisol basal 11,6uG/dl. Testosterona 3.00ng/ml. ACTH 36,8pg/ml. 17-OH-Progesterona 5,94ng/ml. Aldosterona 196ng/dl. Hormona antimülleriana 5,86ng/ml. Ecografía cerebral normal. Eco ginecológica: útero rudimentario y testículo izquierdo en bolsa. Se deriva a hospital terciario. Equipo multidisciplinar decide sexo femenino, cirugía genitales externos (1año), tratamiento hormonal sustitutivo y construcción neovagina (12años).

COMENTARIOS: Las anomalías de la diferenciación sexual y presencia de genitales atípicos requiere atención continuada integral; estudios que evalúen características anatómicas, psicosexuales y sociales; considerar identidad de género, además de funcionalidad sexual; y avances tecnológicos y en tolerancia social.

ED-06.- DIABETES INSÍPIDA CENTRAL EN PEDIATRIA

Romero García, Patricia.

Hospital de San Rafael, Madrid

CASO CLÍNICO: Niño de 8 años con clínica desde hace 1 mes de poliuria, polidipsia, nicturia sin pérdida de peso ni polifagia. No alteraciones de la visión, cefalea, vómitos, RTP previa, infecciones o tumores del SNC. No tratamiento diurético. AF/AP sin interés.

EF: TA: 95/55mmHg. T^a 36.7°C. Peso: 24.4 kg (-1.08 DE). Talla: 124.7 cm (-1.43 DE). Buen estado de hidratación. Tanner I. Resto de EF normal.

Pruebas complementarias: Diuresis de 24 horas: 10.4 ml/kg/hora; Sistemático orina: densidad 1005; resto negativo. Glucosa: 95 mg/dl. Nap: 144 mEq/l; Kp 4.6 mEq/l; Clp 110 mEq/l; Na^o 45 mEq/l; Ko 23.7 mEq/l, Clo 48 mEq/l; Osmolalidad plasma: 316 mOsm/kg; Osmolalidad orina: 233 mOsm/kg. Oorina/sangre: 0.7; ADH: < 2.4. Se realiza test de restricción hídrica seguido de test de desmopresina, incrementándose la osmolalidad en orina en un 44%. RM cerebral: No se identifica la hiperseñal normal de la neurohipófisis ni imágenes de neurohipófisis ectópica. No macroadenoma.

Se diagnostica de DI central idiopática. Se inicia tratamiento con desmopresina oral con buena evolución clínica posterior.

COMENTARIOS: Polidipsia, poliuria, hipertermia con hipernatremia son sugerentes de DI. La prueba de deprivación acuosa es fundamental en la diferenciación de DIC y DIN. La RMN cerebral es una herramienta diagnóstica imprescindible en la DIC.

ED-07.- REVISIÓN DE CASOS DE SANGRADO VAGINAL PREPUBERAL EN NUESTRO CENTRO

Martínez García, M. Josefa; Ruiz Cano, Rafael; González Castillo, M. Llanos; Doyle Sánchez, María; Castillo Serrano, Ana; Ramírez Martínez, Noelia.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El sangrado vaginal no es una patología pediátrica frecuente, la incidencia real es desconocida. Aunque la mayoría de casos no son graves, provoca gran ansiedad familiar. En algunas niñas, es el primer signo de patologías importantes, por lo que precisa una evaluación cuidadosa y completa para identificar su causa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos la revisión de los casos de sangrado vaginal prepupal derivados a la Consulta de Endocrinología Pediátrica de nuestro centro.

RESULTADOS: Se revisan 14 casos de sangrado vaginal prepupal, seguidos en la Consulta de Endocrinología Pediátrica. La edad media es de 3 años y 6 meses (rango de edad de los 11 meses a los 6 años y 9 meses). En todos los casos se realizó hemograma, coagulación y hormonas (FSH, LH, Estradiol), normales. La edad ósea en todas ellas normal. La ecografía ginecológica se realizó en todos los casos, viéndose en 6, quistes ováricos, en 3, aumento del tamaño ovárico y en una, aumento del tamaño vaginal. Sólo en 2 casos se realizó vaginoscopia. Las causas de sangrado vaginal en nuestras pacientes fueron las siguientes: 7 menarquia precoz aislada (50%), 2 quistes ováricos funcionantes (14,3%), 1 caso de McCune-Albright (8%), 1 tumor benigno (papiloma mulleriano benigno (7,1%), 1 tumor maligno (sarcoma vaginal, 7,1%) y 2 estrógenos exógenos (14,3%). De los 7 casos de menarquia precoz, 3 fueron sangrados únicos y 4 presentaron nuevos episodios de sangrado. Los dos casos de tumores fueron extirpados y un caso de menarquia precoz con sangrados cíclicos precisó tratamiento hormonal, con desaparición posterior del sangrado, el resto de pacientes no precisó tratamiento.

CONCLUSIONES: Las causas más frecuentes de sangrado vaginal, son infecciones vulvovaginales, traumatismos y cuerpos extraños. Nuestros casos fueron derivados de Atención Primaria y Urgencias, una vez excluidas estas patologías. Destacamos la importancia de realizar un estudio analítico y de imagen para descartar patologías que precisen diagnóstico y tratamiento precoz.

Gastroenterología

GS-01.- HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO DEBUT DE ULCUS DUODENAL

Barrio Torres, Josefa; Lesmes Molto, Leticia; Herrero Álvarez, Myriam; Galán del Río, Pilar; Zafra Anta, Migue!; Rivero Martín María José
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

ANTECEDENTES: La hemorragia digestiva alta en niños es infrecuente. Las características de las heces, edad y EF, orientarán el origen del sangrado.

CASO CLÍNICO: Niño de 8 años con deposiciones melénicas y epigastralgia de 24 horas evolución. No diarrea, ni estreñimiento, afebril. Ingesta previa de ibuprofeno. EF: Constantes N, BEG. Buen color. No signos de sangrado. Dolor en epigastrio. Inspección anal sin fisuras ni hemorroides. Tacto rectal: ampolla llena de heces melénicas. No AP de interés. AF: abuela materna ulcus gástrico. PC: hemograma, coagulación, bioquímica y metabolismo férrico sin alteraciones; parásitos en heces y coprocultivo negativos. Gastroscoopia: imagen de empedrado a nivel antral. Clotest negativo. En cara anterior de bulbo duodeno: ulcera de 2-3 cm cubierta de fibrina, sin sangrado activo. Histología: bulbo duodenal: duodenitis crónica activa con metaplasia gástrica y tejido de granulación de fondo de úlcera. Mucosa gástrica de tipo antral con gastritis crónica activa, asociada a *Helicobacter pylori* (HP) no metaplasia intestinal. Se pauta tto con IBP y terapia secuencial tras diagnóstico.

COMENTARIOS:

- Las características de las heces y dolor epigástrico orientaron hacia HDA.
- La gastroscopia confirmó la etiología.
- La ulcera duodenal es poco frecuente en los niños, su principal causa es la infección por HP.
- 37% de niños con ulcus debutan con melenas.

GS-02.- REVISIÓN DE GASTROENTERITIS AGUDAS QUE PRECISARON INGRESO

López Andrés, Nerea; Cid París, Ester; Rubio Jiménez, M^a Eliana; Arriola Pereda, Gema; Galicia Poblet, Gonzalo; García Mazarío, M^a Jesús

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La gastroenteritis aguda (GEA) es una enfermedad habitualmente leve y autolimitada, aunque con alta morbilidad y tasa de ingresos. El objetivo de esta revisión es estudiar su incidencia y características.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las GEA ingresadas en un hospital secundario durante 2010. Variables recogidas: edad, sexo, síntomas y signos al ingreso, deshidratación, virus en heces, coprocultivo, tratamiento recibido y estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Ingresaron 127 niños, con una mediana de edad de 20 meses. El síntoma predominante es diarrea (82%), seguido de vómitos (75,6%) y posteriormente fiebre (44,2%). El 42,5% presentaban a su llegada deshidratación clínica y el 45,7% acidosis metabólica. La mayoría fueron deshidrataciones isonatremicas (81,3 %), seguida de hiponatremicas (15,4 %). Se detectó virus en heces en un 37,8%, y bacterias en 7,1%. La principal etiología fue rotavirus (34,7%), y de las causas bacterianas, Salmonella (3,9%). El 97,7% requirieron sueroterapia intravenosa. La estancia media fue 2,70 días.

CONCLUSIONES: El principal síntoma de la GEA es la diarrea. La deshidratación clínica y acidosis metabólica son los principales motivos de ingreso por GEA, siendo el tratamiento más frecuente sueroterapia intravenosa. El principal microorganismo aislado fue el rotavirus, por lo que creemos recomendable la vacunación.

GS-03.- CASO ATÍPICO DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Băcanu, Ruxandra

Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real

INTRODUCCIÓN: Parece que la infección por *Helicobacter pylori* constituye una de las infecciones más frecuentes en los seres humanos, afectando al 50% de la población mundial. La infección por *Helicobacter pylori* conducirá al desarrollo de la gastritis en todas personas infectadas, incluidos los niños y los adolescents.

CASO CLÍNICO: Niña 8 años se presenta con cuadro de dolor abdominal crónico (6 meses de evolución) que se agudizó en las últimas 3 semanas, como único síntoma. Analítica realizada (hemograma, reactantes de fase aguda, inmunograma, anticuerpos antitransglutaminasa, panel alergenicos alimentarios y neumalergenicos, urocultivo, coprocultivo, parasitos en heces (3 pruebas), test del aliento, ecografia abdominal) sin hallazgos patológicos. Se decide ampliar el estudio practicándose una gastroscopia con biopsia de mucosa gástrica. En el examen endoscópico se nota la presencia de gastritis nodular antral. En el examen histológico de la biopsia de mucosa gástrica se observan las bacterias espiraladas, gram negativas (*Helicobacter pylori*).

COMENTARIOS: En el caso presentado el cuadro clínico sugestivo con analítica negativa ha determinado la necesidad de realizar una endoscopia digestiva alta por el diagnóstico, aunque no eran cumplidos los criterios de Czinn.

GS-04.- ESTUDIO MULTICENTRICO SOBRE EL USO DE MACROGOL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENCOPRESIS RETENTIVA

Donado Palencia, Paloma¹; Sánchez Miranda, Pilar¹; Balmaseda Serrano, Elena²; Cuadrado Martín, Soraya³; Galicia Poblet, Gonzalo⁴; Torrecillas Cañas, Javier⁵

¹ Hospital General de Ciudad Real

² Hospital General de Albacete

³ Hospital General Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina

⁴ Hospital General Universitario de Guadalajara

⁵ Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

INTRODUCCIÓN: El uso de macrogol está cada vez más extendido en el tratamiento del estreñimiento asociado o no a impactación fecal.

OBJETIVOS: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de encopresis retentiva en consulta de Gastroenterología Pediátrica de 5 hospitales de una comunidad, en un periodo de dos años. Se analiza el uso y la eficacia de macrogol

RESULTADOS: Se analizaron 41 pacientes, 28 varones y 13 mujeres, con edades comprendidas entre 3.5 y 13 años. En todos se realizó desimpactación con macrogol: por vía oral exclusiva en el 65%, asociado a lubricantes en el 2%, a senósidos en el 2%, y mixta con macrogol y enemas de fosfatos en el 27%. El 78% cumple el tratamiento, siendo efectivo en el 85% que lo cumple. El 90% de los casos de incumplimiento se deben a tratamiento incompleto. El mantenimiento se realizó con macrogol en el 95% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

- La desimpactación fecal con macrogol exclusivo, o asociado a enemas, y su uso como tratamiento de mantenimiento es el más utilizado, con alta eficacia.
- La suspensión precoz del tratamiento es la principal causa de fracaso terapéutico.

GS-05.- CAUSAS DE DERIVACION A CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA. ANALISIS DEL ÚLTIMO AÑO

Donado Palencia, Paloma; Sánchez Miranda, Pilar; Fernández Valle, Bárbara; Ruiz Fraile, Leticia; Rosich del Cacho, Maria; Ludeña del Río, Mercedes
Servicio de Pediatría de Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Análisis retrospectivo, en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2010, de los pacientes enviados por primera vez a Consulta de Gastroenterología Pediátrica. Se analiza el motivo de consulta y origen de derivación

RESULTADOS: En ese periodo fueron remitidos un total de 452 niños. El 55 % eran hombres siendo el resto mujeres. Los motivos más frecuentes de derivación fueron: la sospecha de enfermedad celiaca con un 16.36%, seguido por vómitos/ regurgitaciones con un 16%, dolor abdominal con 13.4%, bajo peso 13.5 %, estreñimiento 7.3%, diarrea 6.19%, epigastralgia 5.97%, entre otros. Con respecto al origen de la derivación, la mayoría, el 52%, procedían de atención primaria, seguido de un 17% de hospitales sin consulta especializada, un 15% de otras consultas. La consulta desde la que se derivó con más frecuencia fue la de neonatología.

CONCLUSIONES: La causa de derivación más frecuente es la sospecha de celiaquía, lo que refleja el aumento de concienciación de esta patología desde atención primaria.

La existencia de consultas pediátricas especializadas, hace que aumente progresivamente la demanda de las mismas, tanto desde atención primaria como desde otros hospitales/consultas.

GS-06.- CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PEDIATRÍA: UTILIDADES Y EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Crespo Madrid, Nuria; Güemes Hidalgo, María; Vivas Moresco, Marcelo F.; Güarin Muñoz, Jairo; Martín-Sacristán Martín, Beatriz; Solaguren Alberdi, Rosario María

INTRODUCCIÓN: La cápsula endoscópica (CE), técnica no invasiva , permite diagnosticar o descartar entidades limitadas con técnicas convencionales. Inconveniente: no toma de biopsia ni capacidad terapéutica. La no deglución se subsana con su introducción endoscópica.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Niña 9 años, diarrea de 7 meses, pérdida de peso y fiebre. Exploración física (EF): peso p3, Talla p10, REG, abdomen distendido y doloroso. Anemia y aumento de reactivos fase aguda. ASCA, ANCA, AATG negativos. Tránsito, endoscopia, ileocolonoscopia y biopsias normales. CE: Lesiones compatible con Crohn.

Caso 2: Niño 14 años, dolor abdominal periumbilical y diarrea. Analítica normal salvo hipertransaminasemia. Ecografía: esteatosis hepática. Ileocolonoscopia y biopsia: hiperplasia folicular linfocitaria ileal (HFLI). CE: HFL.

Caso 3: Niño 13 años, deposiciones líquidas y dolor abdominal de 1 año. Peso p25, talla p75, AATG, ANCAS y VIP: negativos. Calprotectina fecal normal. Ecografía, colonoscopia y biopsias: normales. Tránsito: segmentación del contraste e irregularidad mucosa. CE pendiente.

Caso 4: Niño 12 años, 5 episodios de rectorragia oscura, sin otra sintomatología digestiva, de 12 horas de evolución. Hb 10.9gr/dL. Ecografía, Gammagrafía, colonoscopia, gastroscopia: normales. CE pendiente.

COMENTARIOS: Las indicaciones son extensas. Siempre de segunda línea. Escasas complicaciones, la más frecuente retención de la cápsula por estenosis,

Cuidados intensivos

CI-01.- PÚRPURA FULMINANS ABORTADA SECUNDARIA A DÉFICIT ADQUIRIDO DE PROTEÍNA C

García González, V.; García Mialdea, O.; Lillo Lillo, M.; Hernández Bertó, T.; Cepillo Boluda, A.J.; Maicas Mascarell M.

Complejo Hospital General Universitario de Albacete

ANTECEDENTES: Púrpura fulminans (PF) es un fenómeno agudo de necrosis de la piel acompañada de trombosis de vasos sanguíneos cutáneos y CID. Entre las posibles etiologías se encuentran el déficit de proteína C (genético o adquirido), S y antitrombina III, resistencia a proteína C activada por mutación del factor V Leyden, e infecciones severas.

CASO CLÍNICO: Mujer de 1,5 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presentó aparición súbita de lesiones violáceas en tercio distal de extremidad inferior y planta del pie derechos, que no desaparecieron a vitropresión, sin cambios de temperatura local ni asimetría de miembros y pulsos periféricos palpables. Constantes y resto de exploración física normales. En las pruebas realizadas en urgencias se observó aumento del dímero D (1408 mcg/l) y linfocitosis en el hemograma. Descartada TVP en territorio femoral-poplíteo tras realizar ecografía doppler. Iniciado tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) por sospecha de coagulopatía. En el estudio de trombofilia destacó déficit de proteína C (31%), siendo el estudio familiar normal. Serologías para toxoplasma, CMV, VIH, parvovirus, leishmania negativas. Inmune para rubeola, VEB, VHS y Varicela. Con el diagnóstico de púrpura fulminans secundario al déficit de proteína C adquirido se continuó tratamiento con HBPM con desaparición progresiva de las lesiones y normalización del Dímero D y proteína C a los 2 meses.

COMENTARIOS: El déficit de proteína C adquirido puede ser secundario a diversos fármacos, enfermedades hepáticas, infecciones y CID. Clínicamente se puede presentar como PF, una entidad poco frecuente, pero rápidamente progresiva y potencialmente grave. La identificación precoz el proceso, apoyándonos sobre todo en los hallazgos clínicos y de laboratorio, junto con la pronta instauración de la terapia anticoagulante, pudo evitar las probables consecuencias devastadoras asociadas en estos casos.

CI-02.- COLITIS FULMINANTE POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE: ¿QUÉ HACER SI FRACASA EL TRATAMIENTO MÉDICO?

Castillo Serrano, A.¹; Martínez García, M.J.¹; Garrido Conde, B.²; López González, J.³; Bustinza Arriortua, A.²; Mencía Bartolomé S.²

¹ Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Albacete

² Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

INTRODUCCIÓN: La colitis fulminante por Clostridium difficile (CD) en población pediátrica trasplantada supone una elevada morbi-mortalidad. Encontramos escasas referencias en la literatura sobre el abordaje quirúrgico de estos pacientes cuando fracasa el tratamiento médico convencional.

CASO CLINICO: Paciente de 4 años trasplantado cardiaco a los 20 meses por miocardiopatía dilatada idiopática. Ingresa por rechazo humoral y recibe inmunosupresión con tacrolimus, corticoides y plasmafiltración. Shock séptico con distensión abdominal e ileo paralítico a la semana de ingreso. Realizada toxina CD positiva y ecografía abdominal compatible con colitis pseudomembranosa. Mediciones de PIA>20 mmHg por lo que se realiza laparotomía exploradora y descompresiva sin signos de perforación. Recibe metronidazol intravenoso y vancomicina en enemas sin respuesta. Desarrollo de SDRA dependiente de ventilación mecánica y fracaso multiorgánico. Realizada ileostomía-colostomía de descarga a los 21 días; administrados enemas intracólicos de vancomicina con buena evolución. Retiradas drogas vasoactivas, hemofiltro y extubado a los 6 días de la intervención. Actualmente, pendiente de programar cirugía reconstructiva.

CONCLUSIÓN: Establecer la indicación de cirugía precoz en el niño inmunodeprimido con colitis fulminante por CD es complicado. A pesar de que la colectomía subtotal con ampolla rectal preservada es la técnica de elección, son necesarias alternativas quirúrgicas conservadoras para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

CI-03.- EFICACIA Y SEGURIDAD DE SEDOANALGESIA CON KETAMINA Y MIDAZOLAM

Martín Delgado, C.M.; Ortiz Valentín, I.; Holgueras Bragado, A.; Arjona Villanueva, D.; Huidobro Labarga, B.; Alonso Martín, J.A.

Hospital Virgen de la Salud de Toledo

INTRODUCCION: En medio hospitalario es frecuente el sufrimiento en niños debido al dolor y ansiedad que producen su enfermedad, los procedimientos que se realizan, la separación de los padres... Por ello, se utilizan distintos protocolos de sedoanalgesia.

OBJETIVOS: Cuantificar los efectos secundarios relacionados con la sedoanalgesia con Ketamina y midazolam, objetivar los tiempos de inducción de sedación y de despertar, valorar la percepción del dolor.

MÉTODO: Estudio prospectivo de niños entre 1 mes y 15 años que precisaron algún procedimiento.

DATOS RECOGIDOS: Patología, tipo de procedimiento; tiempo de inducción y despertar; efectos secundarios y grado de satisfacción.

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes entre Enero y Junio del 2009. Patologías: hemato-oncológicas (44%), digestivas (24%), neurológicas (22%), infecciosas (5,6%) y respiratorias (3,7%).

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: Aspirados de médula ósea (39%), punciones lumbares (27%), canalizaciones vías centrales (18%), endoscopias (13%), suturas (2%) y drenaje pleurales (2%). Tiempo de inducción: 4.05 minutos. Tiempo de despertar: 38.9 minutos. Efectos secundarios: Broncorrea (25%), hipoxemia (21.4%), hipertensión arterial (3%), apnea (3%), tos (3%), vómitos (3%). Todos reversibles. Grado de satisfacción del personal que realizó la técnica: 8.4. Percepción subjetiva del dolor por parte del niño: 0,5.

CONCLUSIONES: Necesidad de aplicación de protocolos de sedoanalgesia en niños. Potencial aparición de efectos secundarios, aunque reversibles. Seguridad y eficacia cuando se utilizan por personal que conoce su acción y complicaciones.

CI-04.- ROTURA TRAQUEAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA INTUBACIÓN PROGRAMADA

Rubio Jiménez, M.E.; López Andrés, N.; Cid París, E.; Blázquez Arrabal, B.; Arriola Pereda, G.; Jiménez Bustos, J.M.

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

INTRODUCCIÓN: Las lesiones traqueales suelen ocurrir en traumatismos directos cervicales y torácicos, pero también pueden ser una rara complicación de la intubación endotraqueal (IET).

CASO CLÍNICO: Paciente de 9 años que es intervenida de corrección de orejas en asa sin incidencias bajo anestesia general, realizándose IET no complicada. Tras recuperación de nivel de conciencia presenta vómitos y edema con crepitación a nivel facial, cervical y en porción superior del tórax, con dolor local. Asocia una marcada ortopnea sin otros signos de dificultad respiratoria. A la exploración tonos apagados e hipoventilación generalizada. Radiografía de tórax: neumomediastino y enfisema subcutáneo. TAC: enfisema cervical y torácico, neumomediastino que diseca todos los espacios, sin neumotórax. En la reconstrucción 3D se aprecia bronquio lobar superior derecho accesorio y solución de continuidad de pared traqueal izquierda a 2 cm de carina. Se traslada a UCIP, previa administración de antibioterapia y analgesia, con oxígeno de alto flujo, donde mantiene actitud expectante sin precisar ventilación mecánica. Mejoría progresiva del cuadro clínico hasta resolución espontánea en ocho días.

COMENTARIOS: Ante la aparición de enfisema subcutáneo, neumotórax y/o neumomediastino con antecedente de IET, debe sospecharse una rotura traqueal, cuyo manejo debe realizarse en UCIP, dada la alta morbimortalidad asociada.

CI-05.- 5 AÑOS DE TRASLADOS SECUNDARIOS URGENTES EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

Rubio Jiménez, M.E.; Cid París, E.; López Andrés, N.; Blázquez Arrabal, B.; Ortigado Matamala, A.; Jiménez Bustos, J.M.

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

INTRODUCCIÓN: El transporte sanitario secundario urgente (TSSU) es aquel realizado entre dos centros sanitarios por motivos diagnósticos y/o terapéuticos.

OBJETIVOS: Conocer las características de los TSSU realizados desde nuestro hospital provincial, que carece de UCIP. Dichos TSSU son realizados por el personal del Servicio de Pediatría.

MÉTODOS: Revisión de informes de los TSSU realizados durante el periodo 2006-2010.

RESULTADOS: Se trasladaron 124 niños (edad media: 3,8 años), el 61,3 % desde el Servicio de Urgencias, 44,4 % en turno de tarde, 28,2% noche y 27,4% mañana.

| Causa principal de traslado | Porcentaje | Traslados desde urgencias | Traslados desde la planta | Patología principal |
|------------------------------|------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Traumatismos severos | 22,6% | 20,2% | 2,4% | TCE grave |
| Patología neurológica | 19,4% | 16,2% | 3,2% | Estatus convulsivo |
| Infecciones | 16,1% | 2,4% | 13,7% | Derrame paraneumónico |
| Complicaciones respiratorias | 12,9% | 4% | 8,9% | Estatus asmático |
| Patología digestiva | 12,1% | 8,1% | 3,2% | Invaginación intestinal |
| Patología quirúrgica | 6,5% | 4,9% | 1,6% | Abdomen agudo |
| Otras | 10,4% | 5,5% | 4,9% | |

El 66,9% se trasladó a una UCIP y el 33,1% fue derivado para cirugía pediátrica o neurocirugía. El 15,3 % se trasladó por pediatras con formación específica en cuidados intensivos pediátricos y surgieron complicaciones intratraslado en dos ocasiones.

CONCLUSIONES: La causa principal de TSSU en planta de pediatría fueron las complicaciones surgidas de cuadros infecciosos como los derrames paraneumónicos. En cambio, los realizados desde la urgencia se debieron fundamentalmente a traumatismos graves o estatus convulsivos. Aunque la mayoría del personal médico que realizó el traslado no posee formación específica, el número de complicaciones fue significativamente pequeño.

Urgencias

UR-01.- BRONCOESPASMO PARADÓJICO. BRONCOESPASMO INDUCIDO POR BROMURO DE IPRATROPIO NEBULIZADO

Del Pozo Menéndez, Beatriz; Losada Del Pozo, Rebeca; Guerra García, Francisco; Guerrero Alzola, Fabiola; Jiménez Etxebarria, Saioa; De la Parte Cancho, María.

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

ANTECEDENTES: Entre las causas de broncoespasmo paradójico, se han involucrado los propelentes, excipientes y el principio activo. Es más frecuente con el salbutamol (6%) que con el bromuro de ipratropio y el levalbuterol (0,7-1,5%).

CASO CLÍNICO: Niña de 3 años, en seguimiento por: Dermatitis atópica, alergia a proteínas vacunas, huevo y legumbres, sensibilización a soja y cacahuete, y asma episódica frecuente. No otras alergias.

Acude a urgencias con crisis asmática grave (Score de Wood-Downes modificado), frecuencia respiratoria (FR): 50 respiraciones/minuto (rpm), frecuencia cardíaca (FC): 160 latidos/minuto (lpm), tiraje intercostal, supraesternal y supraclavicular e hipoventilación generalizada con sibilancias bifásicas, con saturación de oxígeno (SatO₂) de 88 %. Iniciamos tratamiento con salbutamol, bromuro de ipratropio nebulizado y metilprednisolona intravenosa. Inmediatamente, comienza con cianosis perioral y palidez periférica, hiperinsuflación torácica e hipoventilación global. SatO₂ 75% y acidosis respiratoria.

La madre refiere cuadro previo en domicilio, durante episodio actual, al administrarle por primera vez bromuro de ipratropio nebulizado. Retiramos nebulización, con recuperación de coloración facial y aumento de SatO₂. Mejoría clínica y gasométrica con nebulización continúa de salbutamol. Ingresa en UCI pediátrica 24 horas.

COMENTARIOS: El broncoespasmo paradójico no es raro. Un empeoramiento brusco al iniciar nebulización o con aerosol, puede deberse al fármaco broncodilatador.

UR-02.- ABSCESO RETROFARINGEO, UNA EMERGENCIA REAL

Holgueras Bragado, Ana; Segoviano Lorenzo, Mamen; Navarro Romero, Juan Pedro; García Arroyo, Laura; Ortiz Valentín, Irene; Velasco Bernardo, Rosa
Hospital Virgen de la Salud, Toledo

INTRODUCCIÓN: La infección retrofaríngea es una causa poco frecuente de obstrucción aguda de vías altas y de patología mediastínica por su localización. La clínica es muy variable, desde fiebre aislada a tortícolis de larga evolución, lo que puede dificultar el diagnóstico temprano. Exponemos dos casos en lactantes.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Lactante 9 meses, limitación de la movilidad del cuello hacia la derecha en tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Analítica normal, radiografía lateral de columna cervical: aumento del espacio prevertebral con lateralización hacia la izquierda y efecto masa en región lateral. TAC de cuello: pequeños abscesos a nivel retrofaríngeo y periamigdalino derecho. Se realiza punción y desbridamiento de la zona con ingreso en UCI pediátrica con antibioterapia intravenosa. Evolución favorable.

Caso 2: Lactante 10 meses, fiebre de 2 días de evolución, ronquido nocturno, voz bitonal y abombamiento en pared posterior de faringe. Radiografía de cavum: aumento del espacio prevertebral que protruye sobre columna cervical. Analítica: leucocitosis con neutrofilia. TAC cervical: absceso retrofaríngeo. Se realiza drenaje quirúrgico aislándose *Staphylococcus aureus* MS. Ingresó en UCI pediátrica con antibioterapia intravenosa específica. Evolución satisfactoria.

CONCLUSIÓN: Dada la potencial gravedad es preciso pensar en ella para realizar un diagnóstico temprano, recomendándose la antibioterapia específica antiestafilocócica ante la sospecha.

UR-03.- NO TODO LO QUE SILBA ES BRONQUIOLITIS...

Corral San Millán, M^a del Mar. Pérez Rodríguez, Teresa. Tovar Vicente, Yolanda.
Hospital Infantil Niño Jesús

INTRODUCCIÓN: La dificultad respiratoria constituye un motivo de consulta frecuente en Pediatría. Es fundamental realizar una adecuada anamnesis, exploración y un correcto diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO: Lactante de siete meses de edad que acude a Urgencias. El motivo de consulta es ruidos en el pecho. Presenta síntomas catarrales de 2 semanas de evolución, sin fiebre, y dificultad respiratoria progresiva, en tratamiento con Salbutamol inhalado cada 8 horas. **Antecedentes:** AF: sin interés. AP: Bronquiolitis a los 6 meses. Bronquitis 2 semanas después. Pobre ganancia ponderal. **EF:** Peso 6,5 kg (P3); T^a 36,4°C; FC 139 lpm; FR 67 rpm; SatO₂ 96%. Impresiona de dificultad respiratoria, con tiraje moderado a todos los niveles. AC: rítmica, sin soplos. AP: aceptable entrada de aire bilateral, sibilancias espiratorias y espiración alargada. Tras aerosolterapia con salbutamol y corticoides orales, ante la no mejoría, se realiza Rx de tórax: Cardiomegalia y edema pulmonar. TA en miembros superiores: 132/70 mmHg; TA en miembros inferiores: 62/38 mmHg. **Diagnóstico:** Sospecha de cardiopatía congénita: Coartación aórtica

COMENTARIOS: Debemos considerar las cardiopatías congénitas dentro del diagnóstico diferencial de la dificultad respiratoria. Se presentan en un 5-8‰ RNV, y la primera manifestación puede ser en forma de insuficiencia cardíaca congestiva.

UR-04.- CASO CLÍNICO: FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

Zarauza Santoveña, Alejandro; Díaz Marugan, Victoria; Hernández Palomo, Rosa M^a; Romero López, Mar; Mozo del Castillo, Yasmina; Martín Sánchez, Julia
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz, Madrid

ANTECEDENTES: La clínica abdominal (dolor, vómitos, diarrea) es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría. El diagnóstico diferencial, abarcando desde procesos banales a graves, desde causas médicas a quirúrgicas.

CASO CLÍNICO: Niña de 17 meses con fiebre alta de 48 horas de evolución. Dolor abdominal difuso y en las últimas horas vómitos y diarrea. Catarro previo. Le ven mal color. Somnolencia e hipoactividad. Orinas oscuras. Recibe amoxicilina-clavulánico e ibuprofeno desde el inicio. No antecedentes de interés. Padre diarrea días previos.

Exploración: REG. Regular hidratada. Palidez. Ictericia. Irritabilidad marcada. Taquicardia (190 lpm). Eupneica. Auscultación normal. Hepatomegalia leve. Orofaringe hiperémica. Resto sin interés.

Analítica: hemoglobina 5,6 g/dL. Hematocrito 15,5% Bilirrubina 6,8 mg/dL. LDH 2825 UI/L. Haptoglobina indetectable. Reticulocitosis. PCR 160,6 mg/L. Coombs + por complemento (anticuerpos calientes). Serología virus hepatotropos y Ebstein-Barr: negativa. Resto microbiología negativa.

Evolución: Ingresa en UCI, recibe dos transfusiones (mínima Hb 4,3 g/dL) y tratamiento con corticoides y gammaglobulina. Hiperhidratación por leve insuficiencia renal aguda secundaria a hemoglobinuria. Buena evolución posterior, sin recidivas.

COMENTARIOS: Ante un cuadro de fiebre y síntomas abdominales, la sintomatología acompañante y los hallazgos en la exploración son fundamentales para orientar el estudio etiológico dentro del amplio diagnóstico diferencial.

UR-05.- INGESTA Y ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: UN PROBLEMA FRECUENTE EN PEDIATRÍA

Terrasa Nebot, María; Argumosa Salazar, Yrene; Fernández Córdoba, María Soledad; Hernández Anselmi, Esperanza; González Piñera, Jerónimo; Correas Sánchez, Ana María
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: La aspiración de cuerpo extraño (CE) es una causa importante de morbimortalidad en pediatría, provocando tanto patología aguda (sofocación, asfixia) como crónica (neumonías recurrentes, atelectasias...). Un diagnóstico y tratamiento precoces minimizarán los posibles riesgos y complicaciones.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro Servicio por ingesta o aspiración de CE, de 2000 a 2010.

RESULTADOS: Se obtuvieron 92 pacientes. Predominio de varones. Rango de edad: 7 meses a 13 años, mediana de 18 meses (59% menores de 2 años). Los CE en vía digestiva (66%) se encontraron: 85% en esófago y 12% en estómago. Los localizados en vía aérea (35%) fueron: 86% a nivel bronquial (45% en bronquio principal derecho) y 14% en tráquea. Predominaron los objetos metálicos (61%, de ellos el 69% fueron monedas) y los vegetales (32%, de ellos el 86% fueron frutos secos). Los pacientes con ingesta de CE estaban asintomáticos en su mayoría (43%), siendo la clínica digestiva más frecuente la disfagia con sialorrea (38%). En la aspiración de CE, la mayoría presentaba tos persistente (48%) asociando en algunos casos disnea, estridor o cianosis. En la exploración física se objetivó hipoventilación en el 48%, con sibilantes o subcrepitantes en un cuarto de los casos. Sólo un 25% refería episodio previo de sofocación. Los signos más frecuentes en la radiología fueron atrapamiento aéreo (47%) y atelectasia (16%), siendo normal en el 38%. Los procedimientos realizados en CE en vía digestiva fueron: esofagoscopio (70%), endoscopia digestiva superior (7%) y radiología con actitud expectante y eliminación espontánea del CE (23%). En CE en vía aérea: traqueoscopia (10%) y broncoscopia (90%). Complicaciones: perforación esofágica en un niño con un trozo de cristal localizado en tercio superior de esófago.

CONCLUSIONES:

1. La máxima incidencia se sitúa en niños menores de 2 años con ingesta de moneda o aspiración de fruto seco a vía respiratoria.
2. Debemos tener en cuenta la aspiración de CE en pacientes con antecedentes de sofocación, aunque se encuentren asintomáticos y en aquellos sin historia de sofocación pero con sintomatología respiratoria que no responde a tratamiento convencional.
3. La gravedad de la obstrucción aguda de la vía aérea o digestiva superior y las complicaciones derivadas de un CE en vía aérea inferior, hacen necesarios un diagnóstico y tratamiento precoces.
4. El pilar fundamental en la aspiración o ingesta de CE es la prevención. Todos los profesionales que trabajamos con la infancia debemos insistir en la educación sanitaria a padres y cuidadores, evitando la ingesta de frutos secos en menores de 5 años y el acceso a monedas y otros objetos de pequeño tamaño.

**Relación de Comunicaciones en formato póster según
los moderadores de cada sesión**

Moderadora: Dra. Gema Arriola**Tema: *Neuropediatría***

| | | |
|-------|--|------|
| NE-01 | Una rareza infradiagnosticada: síndrome de Parsonage-Turner | 83.- |
| NE-02 | Tratamiento con Omeprazol de la irritabilidad secundaria a ACTH en el síndrome de WEST | 84.- |
| NE-03 | Displasia cerebelosa quística con apraxia oculomotora | 85.- |
| NE-04 | Uso del levetiracetam intravenoso en las crisis epilépticas prolongadas en el Servicio de urgencias de Pediatría | 86.- |
| NE-05 | Síndrome de Tolosa-Hunt, un diagnóstico de exclusión | 87.- |
| NE-06 | Pérdida súbita de sensibilidad de origen no neurológico | 88.- |
| NE-07 | Caso atípico de síndrome Charcot-Marie Tooth en edad pediátrica | 89.- |
| NE-08 | Tratamiento preventivo de la migraña refractaria con Zonisamida en niños y adolescentes | 90.- |
| NE-09 | Diplejía facial periférica y dolor abdominal como forma excepcional de presentación de malfunción valvular | 91.- |

Tema: *Gestión*

| | | |
|-------|---|------|
| GT-01 | Separar para reciclar, cada vez somos más | 95.- |
|-------|---|------|

Moderador: Dr. Fernando Baquero**Tema: *Enfermedades infecciosas***

| | | |
|-------|--|-------|
| EI-01 | Infección por rotavirus: presentación como síndrome séptico | 99.- |
| EI-02 | Gastroenteritis de mala evolución clínica | 100.- |
| EI-03 | Neumotorax unilateral en niña con Gripe A | 101.- |
| EI-04 | Síndrome hemolítico urémico y neumonía necrotizante por neumococo serotipo 19 ^a | 102.- |
| EI-05 | Complicaciones intracraneales de sinusitis. A propósito de dos casos | 103.- |
| EI-06 | Encefalitis de Hashimoto al ingreso, infección por Leptospira al alta | 104.- |

Tema: *Pediatría Social*

| | | |
|-------|--|-------|
| PS-01 | Condiloma acuminado en niños ¿es sinónimo de abuso? | 107.- |
| PS-02 | Pasaje verde: una experiencia de intervención pediátrica en la adopción internacional en China | 108.- |
| PS-03 | Interpretación de informes médicos rusos, un dilema en adopción internacional | 109.- |

Moderador: Dr. Alfonso Cañete

Tema: *Cirugía pediátrica*

| | | |
|-------|---|-------|
| CP-01 | Obstrucción uretral y ureteral por divertículos vesicales primarios en niño sano | 113.- |
| CP-02 | Niveles urinarios de interleuquinas. Utilidad para el diagnóstico de reflujo vésico-ureteral en niños | 114.- |
| CP-03 | Abdomen quirúrgico de causa poco habitual | 115.- |
| CP-04 | Revisión de enterocolitis necrotizante y perforación intestinal en prematuros de muy bajo peso | 116.- |

Tema: *Reumatología*

| | | |
|-------|--|-------|
| RM-01 | Eficacia de la Colchicina en la Aftosis oral recurrente | 119.- |
| RM-02 | En la era de los biológicos... Metotrexate. | 120.- |
| RM-03 | Fiebre prolongada que responde a tratamiento con bloqueo de IL-1 | 121.- |
| RM-04 | Fiebre de origen desconocido, desenlace reumatológico | 122.- |
| RM-05 | El lupus también es cosa de niños | 123.- |

Moderadora: Dra. M^a Rosario Dago

Tema: *Pediatría General*

| | | |
|-------|--|-------|
| PG-01 | Bronquiolitis aguda a nivel hospitalario antes y después de la puesta en marcha de una vía clínica en la provincia de Cuenca | 127.- |
| PG-02 | Seguimiento de la lactancia natural en la provincia de Cuenca y motivos maternos para su abandono | 128.- |

| | | |
|-------|---|-------|
| PG-03 | Análisis de las hemoglobinopatías de nuestra área detectada en el cribado neonatal | 129.- |
| PG-04 | Conocimiento de los niños del desayuno saludable | 130.- |
| PG-05 | Conocimientos del personal sanitario sobre la lactancia materna (I) | 131.- |
| PG-06 | Conocimientos del personal sanitario sobre la lactancia materna (II) | 132.- |
| PG-07 | Conocimientos y actitudes de los profesores ante el niño con asma | 133.- |
| PG-08 | Hábitos de alimentación tras una intervención en la escuela | 134.- |
| PG-09 | Historia de la Fluidoterapia en Pediatría: Una investigación bibliográfica | 135.- |
| PG-10 | Tratamiento con propranolol en angiomas cutáneos. Nuestra experiencia | 136.- |
| PG-11 | ¿Podemos y debemos mejorar nuestra actitud médica y humana frente al niño enfermo crónico? Autocrítica constructiva | 137.- |
| PG-12 | Tatuajes en adolescentes: alergias e infecciones | 138.- |
| PG-13 | Body art y perforación corporal: uso y abuso | 139.- |
| PG-14 | Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes como causa de cojera | 140.- |

Moderador: Dr. Juan Antonio González Mateos

Tema: Neonatología

| | | |
|-------|---|-------|
| NN-01 | Características clínicas y pronóstico de la parálisis braquial obstétrica | 143.- |
| NN-02 | Análisis de la estadística neonatal y su evolución en el área funcional de gestión de Albacete durante el período 2006-2010 | 145.- |
| NN-03 | Análisis de la mortalidad perinatal en el área de Albacete entre los años 2006-2010 | 146.- |
| NN-04 | Características clínicas de un gran prematuro con síndrome de maullido del gato y traslocación no balanceada t (5p; 21q) | 147.- |
| NN-05 | Sincinesia de Marcus Gunn. Diagnóstico precoz en un prematuro amamantado | 148.- |
| NN-06 | Experiencia en el traslado secundario neonatal urgente en un hospital provincial | 149.- |
| NN-07 | Hipocalcemia neonatal prolongada | 150.- |
| NN-08 | Análisis de la demanda en urgencias de los prematuros en sus dos primeros años de vida | 151.- |

| | | |
|-------|---|-------|
| NN-09 | ¿Consultan en urgencias con más frecuencia los prematuros tardíos que los niños a término? Comparación de la demanda en urgencias en los dos primeros años de vida” | 152.- |
| NN-10 | Revisión de 5 años de los ingresos procedentes de urgencias por ictericia neonatal | 153.- |
| NN-11 | Depresión neonatal severa y exantema diseminado | 154.- |

Moderadora: Dra. Rosa Solaguren

Tema: *Endocrinología*

| | | |
|-------|--|-------|
| ED-01 | Síndrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Ficticio | 157.- |
| ED-02 | Panhipopituitarismo: diferentes formas evolutivas | 158.- |
| ED-03 | Enfermedad de Hirschprung y MEN: infrecuente e importante asociación | 160.- |
| ED-04 | Síndrome de Turner: revisión de nuestros casos | 161.- |
| ED-05 | Disgenesia gonadal mixta. 45X0/XY ¿Niño o niña? ¿Quién decide y cuándo? A propósito de un caso | 162.- |
| ED-06 | Diabetes insípida central en Pediatría | 163.- |
| ED-07 | Revisión de casos de sangrado vaginal prepuberal en nuestro centro | 164.- |

Tema: *Gastroenterología*

| | | |
|-------|---|-------|
| GS-01 | Hemorragia digestiva alta como debut de ulcus duodenal | 167.- |
| GS-02 | Revisión de gastroenteritis agudas que precisaron ingreso | 168.- |
| GS-03 | Caso atípico de infección por Helicobacter Pylori | 169.- |
| GS-04 | Estudio multicéntrico sobre el uso de macrogol en el tratamiento de la encopresis retentiva | 170.- |
| GS-05 | Causas de derivación a consulta de gastroenterología pediátrica. Análisis del último año | 171.- |
| GS-06 | Cápsula endoscópica en Pediatría: utilidades y experiencia en nuestro hospital | 172.- |

Moderador: Dr. Miguel Zafra Anta

Tema: *Cuidados intensivos*

| | | |
|-------|--|-------|
| CI-01 | Púrpura de fulminans abortada secundaria a déficit adquirido de proteína C. | 175.- |
| CI-02 | Colitis fulminante por clostridium difficile: ¿qué hacer si fracasa el tratamiento médico? | 176.- |
| CI-03 | Eficacia y seguridad de sedoanalgesia con Ketamina y Midazolam | 177.- |
| CI-04 | Rotura traqueal como complicación de una intubación programada | 178.- |
| CI-05 | 5 años de traslados secundarios urgentes en un hospital provincial | 179.- |

Tema: *Urgencias*

| | | |
|-------|---|-------|
| UR-01 | Broncoespasmo paradójico. Broncoespasmo inducido por bromuro de ipratropio nebulizado | 183.- |
| UR-02 | Absceso retrofaringeo, una emergencia real | 184.- |
| UR-03 | No todo lo que silba es bronquiolitis ... | 185.- |
| UR-04 | Caso clínico: Fiebre y dolor abdominal en urgencias | 186.- |
| UR-05 | Ingesta y aspiración de cuerpo extraño: un problema frecuente en Pediatría | 187.- |

La XVI Reunión Anual de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha contó con la colaboración de:



