



PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA (SEPIH)

NÚMERO ESPECIAL MONOGRÁFICO



VII Reunión SEPIH
POR UNA PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA DE CALIDAD

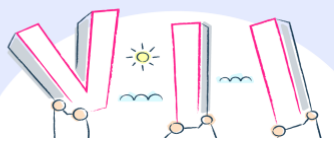
21 y 22 de Octubre de 2022
Hospital Materno Infantil
Gregorio Marañón – Madrid  sepih.es/septima-reunion

ORGANIZA
Sociedad Española de
Pediatría Interna Hospitalaria
SEPIH

SECRETARÍA TÉCNICA
Clave Congresos
secretariatecnica@sepih.es
963 764 364 – 656 812 253



MESAS REDONDAS – TALLERES – COMUNICACIONES – NOTICIAS
DE LA VII REUNIÓN SEPIH



EDITORIAL

Reflexiones sobre la VII Reunión SEPIH

En el mes de octubre de 2022 hemos celebrado en Madrid, en el Hospital Infantil Gregorio Marañón, la VII reunión de la SEPIH bajo el lema: “Por una Pediatría Interna Hospitalaria de Calidad”. Han sido dos jornadas de intenso trabajo en las que ha quedado reflejado el gran interés de los pediatras internistas por compartir conocimiento, ideas y proyectos innovadores, así como experiencias comunes y buenas prácticas que se pueden generalizar a diversos ámbitos. Quiero resaltar la excelente calidad científica de los ponentes, moderadores y de los congresistas que han contribuido al éxito de esta reunión. Tras la celebración de esta reunión ha quedado patente que nuestra especialidad es el foro donde se reúnen los pediatras internistas dedicados al cuidado integral del niño hospitalizado en centros con diferentes niveles asistenciales, profesionales con amplios conocimientos en el cuidado avanzado e integrador de los pacientes pediátricos hospitalizados y responsables de los programas de calidad y seguridad del paciente en los hospitales pediátricos. Agradezco a los comités

organizador y científico el enorme trabajo realizado para garantizar el éxito de esta reunión que sin duda tendrá continuidad en el año 2024 en Barcelona.

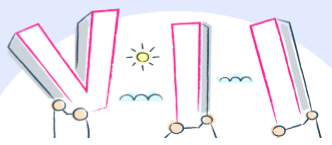
Dra. Rosa Rodríguez



Presidente del Comité Organizador
Reunión SEPIH



Aspecto del salón de actos. Mesa sobre monitorización, alerta precoz, escalas y checklist en hospitalización pediátrica



Acto inaugural: Dra. Rosa Rodríguez presidente Comité Organizador, Dr. Pedro J Alcalá presidente SEPIH, Dr. Jesús Canora, gerente asistencial de Hospitales, Comunidad de Madrid, Dra. Aránzazu López subdirectora Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Dr. Guillermo Martín, vicepresidente AEP.



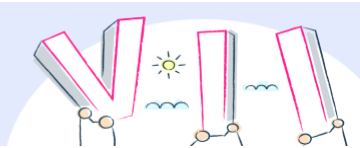
Imagen del taller de soporte respiratorio: alto flujo y CPAP en la planta de hospitalización



Detalle: taller de soporte nutricional tecnificado



Tomando buena nota: taller de emergencias intrahospitalarias



En perspectiva de la sociedad

└ Pasos en la buena dirección

La VII Reunión SEPIH, primera en marco propio, ha supuesto un punto de inflexión para nuestra sociedad. Durante estos días en Madrid, más de un centenar de profesionales de todo el país han podido poner de manifiesto el relevante papel de la Pediatría Interna Hospitalaria en el día a día de los centros de cualquier nivel asistencial. Ponencias de temas relevantes, talleres de alta utilidad clínica, más de 70 comunicaciones... pero, sobre todo, el indispensable intercambio de experiencias, las futuras colaboraciones, nuevos proyectos.... Y todo gracias al enorme trabajo del Comité Organizador, que queremos reconocer una vez más.

En el seno de la reunión tuvo lugar la asamblea de socios, donde se presentaron las líneas de trabajo de la sociedad, la situación del reconocimiento de la especialidad, el calendario de nuevas actividades, el estado de los grupos de trabajo y la renovación parcial de la [Junta Directiva](#).

Incorporamos nuevas vocías específicas: asistencia compartida- y centros privados, que se unen a las ya existentes, con importantes líneas de trabajo ya iniciadas.

Seguimos creciendo, tanto en centros como socios, y aunque debemos recorrer todavía mucho camino, tras la VII Reunión podemos afirmar que vamos en la buena dirección

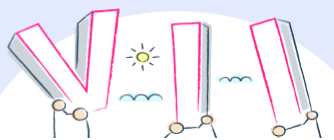
Junta Directiva SEPIH

ALGUNOS DATOS DE LA SOCIEDAD

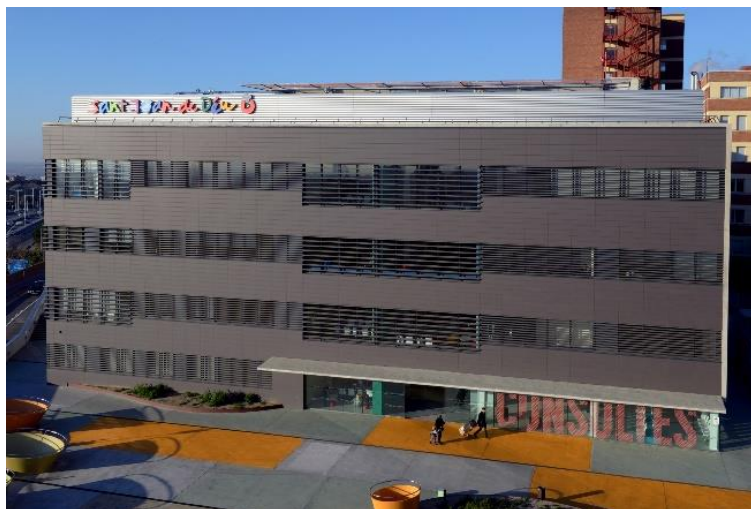
En el momento actual somos más de 230 socios de 65 hospitales, y más de 45 acreditados en Pediatría Interna Hospitalaria por la Asociación Española de Pediatría (próximo plazo acreditación 30 de marzo 2023).

Más información en: [[asociación SEPIH](#)] [[Acreditación en PIH](#)]





VIII Reunión SEPIH. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona 2024



Apreciados amigos y amigas:

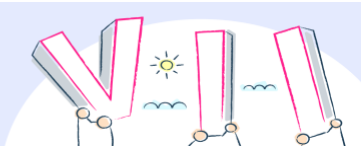
Será un gran honor poder organizar la que será la VIII reunión de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria, que se celebrará en Barcelona en 2024. Después de cada congreso, como el que acabamos de vivir en Madrid, recibimos una buena inyección de optimismo. Planificamos trabajos científicos, nos programamos para implantar en nuestro hospital acciones que han adoptado en otros centros, implementamos nuevos circuitos etc.

Barcelona será el próximo punto de encuentro para poder explicar qué hemos llevado a cabo, y revisar de la mano de los que trabajamos día a día en la Pediatría Interna los problemas cotidianos y las tendencias de futuro. En breve, y con la participación de la junta Directiva, nos podremos manos a la obra para poder disponer de un programa científico ambicioso y atractivo, que nos permita llegar a más público y que contribuya a la mejora de la atención de los niños y niñas hospitalizados. En un marco incomparable como el que nos proporciona Barcelona, ciudad mediterránea y cosmopolita. Esperamos estar a la altura de las ponencias, mesas y comunicaciones presentadas en Madrid y seguir contribuyendo al desarrollo de nuestra especialidad en España y en Europa.

Recibid un afectuoso saludo,



Juanjo García
Jefe de Servicio de Pediatría
Hospital Sant Joan de Déu
Expresidente de la SEPIH

**RESUMEN DE MESAS REDONDAS DEL PROGRAMA OFICIAL****Mesa Redonda I: ¿Todo bajo control en la planta?****Monitorización, Alerta Precoz, Escalas y Checklist en hospitalización pediátrica**

Felipe González Martínez. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). **Ana Amat Madramany.** Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia).

La seguridad del paciente es definida como la ausencia de daños o lesiones accidentales durante la atención a la salud. Los errores en la asistencia sanitaria son una de las primeras causas de morbi-mortalidad en niños hospitalizados. La seguridad y la calidad en la atención sanitaria son aspectos prioritarios a la hora de realizar una correcta asistencia. Para llevarlos a cabo disponemos de diversos instrumentos que nos permiten confirmar una adecuada actuación en cada situación y paciente.

En la mesa se discutirán aspectos importantes como: conceptos básicos de monitorización y monitorización por telemetría, sistemas de alerta precoz infantil, escalas pediátricas, listas de verificación, etc.

La monitorización es un aspecto fundamental de la hospitalización pediátrica y consiste en la interpretación de la información que nos emiten diversos sistemas de vigilancia que miden las constantes vitales de los pacientes.

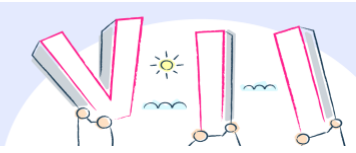
La medición y documentación periódica de las observaciones clínicas son requisitos esenciales para la evaluación de los pacientes y el reconocimiento precoz del deterioro clínico. La mayoría de las veces, los signos de alerta temprana preceden a los acontecimientos que ponen en peligro la vida de los pacientes. Estos hallazgos precoces son un reto actualmente, e implican el nivel de monitorización que debemos dar a nuestros pacientes. Sin embargo, estas señales a menudo se pasan por alto o no se actúa sobre ellas porque los métodos de monitorización existentes no ofrecen la precisión necesaria en pediatría. Es fundamental definir quién, cuándo y cómo monitorizamos a nuestros pacientes.

En primer lugar, detallaremos los parámetros clínicos que debemos monitorizar en Hospitalización Pediátrica como son la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, la temperatura, y la saturación de oxígeno, tanto los valores de referencia así como debemos realizar las mediciones de forma adecuada. Otros parámetros que podemos monitorizar son el CO₂ espirado, dolor, nivel de conciencia, nivel de sedación, nivel de hidratación, glucemia, tiempo de relleno capilar o variaciones vasculares, y otros parámetros en función de la patología del paciente. Indicaremos como estos parámetros se deben combinar con la exploración y observación del paciente, que deben de ser complementarias a la monitorización y debe realizarse un registro en cada paciente.

El incremento exponencial de la tecnología ha condicionado en gran medida el cuidado sanitario, y la monitorización en pediatría. Además, forma parte del reto actual para mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia sanitaria. Los avances en la tecnología de monitorización remota están permitiendo métodos de alta resolución y menos invasivos que tienen el potencial de proporcionar una mejor atención, ya que permiten medir y monitorizar remotamente y a tiempo real las constantes vitales. Diversos dispositivos se han implantado en la hospitalización pediátrica en los últimos años, como dispositivos inalámbricos, móviles, tablets, etc. Estos sistemas permiten centralizar la información, así como enviarla a diversos dispositivos en diferentes lugares, lo que conlleva que se pueda tener un control de todos los pacientes a tiempo real, y, por tanto, una actuación mucho más rápida y eficaz. En época de SARS-Cov-2 se han convertido en una herramienta fundamental a la hora de tener correctamente monitorizados a los pacientes sin necesidad de un contacto tan estrecho, minimizando el contacto con el paciente y el riesgo de infección para el personal.

El objetivo de la monitorización es mostrar, recoger y registrar las constantes vitales del paciente. El personal sanitario deberá detectar, interpretar y evaluar de forma correcta estos parámetros para poder actuar de forma rápida y eficaz.

Por último resaltaremos la importancia de la monitorización cardiorrespiratoria continua que permite tener una tendencia de las constantes a lo largo del tiempo y poder anticiparnos al empeoramiento del paciente, ya sea con monitorización cardiorrespiratoria continua, pulsioximetría o capnografía. Presentaremos datos sobre como una adecuada monitorización nos puede predecir el empeoramiento



de los pacientes, describiremos cuales son los principales sistemas de monitorización remota, y los principales retos y dificultades a la hora de la monitorización.

Repasaremos los protocolos y la importancia de establecer un correcto sistema de alarmas infantiles, indicando la importancia de estandarizar estos sistemas de alarma para minimizar el impacto negativo tanto en el paciente, como en el personal médico y de enfermería, estableciendo los criterios y la forma de unificarlos. Es fundamental un buen sistema de alarmas, que deben ajustarse según la edad y el proceso clínico, para minimizar las falsas alertas.

A continuación, describiremos la importancia de un buen Sistema de Alerta Precoz Infantil (SAPI) para que podamos ofrecer una rápida respuesta a los eventos de los pacientes. Las SAPI son objeto de muchos estudios actualmente. Más del 3% de niños hospitalizados requieren atención médica urgente. Estos sistemas son una herramienta de uso clínico que tiene como objetivo identificar a niños en riesgo de deterioro. Mediante una puntuación en base a diferentes parámetros en función de la escala utilizada se determina el tipo de asistencia requerida.

Según la literatura, podrían ser una herramienta útil para homogeneizar de forma objetiva los criterios de deterioro clínico en niños hospitalizados y tomar medidas precozmente, ofreciendo una mejor calidad asistencial y aumentando la seguridad de los pacientes.

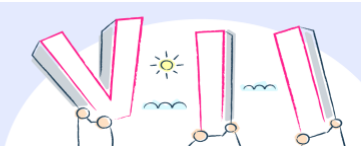
Analizaremos datos propios del Hospital General Universitario Gregorio Marañón remarcando la importancia a la hora de evaluar ciertas patologías en la planta de pediatría, así como establecer y unificar criterios en todo el hospital para minimizar la disparidad de los mismos a la hora de la atención pediátrica. También aportaremos datos retrospectivos del primer año de implantación de este sistema en el Hospital Universitario de la Ribera (Alzira/Valencia), se trata de un hospital de segundo nivel asistencial, que no cuenta con pediatra de presencia física las 24 horas en la planta de hospitalización pediátrica (Sí cuenta con 3 pediatras y un residente de pediatría en urgencias). Revisaremos realización de exploraciones complementarias, cambios en el tratamiento y traslados a unidades de cuidados intensivos, tras ser requerido el pediatra en planta de hospitalización según criterio de dicha escala y no solo por la valoración de enfermería.

Por último, y continuando con la descripción de herramientas que podrían mejorar la seguridad del paciente analizaremos las listas de verificación (LV). Esta herramienta puede ayudar a no omitir pasos en la realización de procedimientos, establecer un determinado orden para realizar tareas, controlar el cumplimiento de ciertos requisitos o ayudar a recoger datos de manera sistemática para su posterior análisis, en la literatura se sugiere que podrían contribuir a disminuir los errores médicos y los eventos adversos. También pueden ayudar a estandarizar la atención, mejorar la comunicación y la seguridad de los pacientes. Deben ser simples, aplicables en distintos ámbitos y ofrecer posibilidad de medición de resultados. Para que la implantación tenga éxito es importante el liderazgo comprometido, la adaptación local y su aceptación por los usuarios.

Existen en la literatura distintos ejemplos aplicables en pediatría, la más conocida es la LV quirúrgica, la OMS promovió su implantación y ha demostrado una reducción de la mortalidad y las complicaciones. Del mismo modo, la misma OMS desarrolló una LV de seguridad en parto. A destacar en otros ámbitos, las LV del paciente hospitalizado, las aplicadas en neonatología y cuidados intensivos, así como las de patología urgente como la de atención al paciente politraumatizado. Valoraremos varios ejemplos de ellas, destacando la importancia de la adaptación local de dichas LV para que sean aplicables y de utilidad.

Bibliografía:

- González Martínez F, Pérez Moreno J. Monitorización del niño hospitalizado. Protocolos de Sociedad de Pediatría interna Hospitalaria. Junio 2021.
- Bonafide CP, Localio AR, Holmes JH, Nadkarni VM, Stemler S, MacMurchy M, et al. Video Analysis of Factors Associated With Response Time to Physiologic Monitor Alarms in a Children's Hospital. *JAMA Pediatr.* 2017 Jun 1;171(6):524-531.
- Cardona-Morrell M, Prgomet M, Turner RM, Nicholson M, Hillman K. Effectiveness of continuous or intermittent vital signs monitoring in preventing adverse events on general wards: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract.* 2016 Oct;70(10):806-824.
- Chapman SM, Grocott MP, Franck LS. Systematic review of paediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration. *Intensive Care Med.* 2010.; 36 (4): 600-611.



- Concha –Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, et al. Las listas de verificación: ¿Una ayuda o una molestia?. An Pediatr (Barc). 2020; 93 (2): 135.e1-135.e10.
- Boyd JM, Wu G, Stelfox HT. The impact of checklist on inpatient safety outcomes: A systematic review of randomized controlled trials. Journal of Hospital Medicine. 2017; 12 (8): 675-682.

Mesa redonda II: Asistencia conjunta del paciente con patología quirúrgica

Moderador: Enrique Villalobos Pinto. Vicepresidente SEPIH. Hospital Niño Jesús

Ponentes:

1. Dra. María del Rocío Espinosa Góngora. Cirugía Pediátrica. Hospital Niño Jesús (Madrid)
2. Dra. Georgina Armero Campos. Pediatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

El objetivo de esta mesa fue ofrecer una visión práctica e interdisciplinar de manejo conjunto entre pediatras y cirujanos pediátricos de aquellos pacientes con patología médico-quirúrgica

El ejercicio de la medicina ha requerido siempre de una adecuada coordinación entre diferentes niveles asistenciales y entre distintas especialidades para un óptimo de los pacientes, si bien no ha sido hasta la última década en que lo recomendable se ha llegado a percibir como necesario, y esto aplica a todas las ramas de la medicina, y a todos los ámbitos competenciales.

En esta mesa redonda se ofrecieron respuestas a las necesidades que los pediatras internos hospitalarios puedan tener cara al manejo de aquellos pacientes que presenten patologías quirúrgicas, sea cual sea el tipo de hospital en el que desempeñen su ejercicio clínico

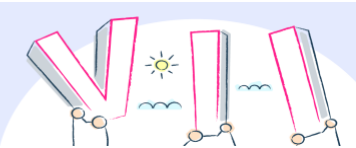
Se expusieron diferentes modelos de atención, atendiendo a las circunstancias de los hospitales en los que se esté trabajando; por una parte, cómo enfocar correctamente, mediante una estabilización inicial, un diagnóstico correcto, y unas pautas adecuadas de consulta y/o derivación de aquellos pacientes susceptibles si el ámbito de trabajo es en hospitales de los primeros niveles de atención, o cómo trabajar de una manera más integrada y coordinada entre equipos pediátricos y quirúrgicos si el ámbito asistencial es en hospitales de 3º nivel.

Sea cual sea el modelo, es necesario, tal y como se ha comentado, en aras a distintos aspectos, tales como la seguridad del paciente, el uso racional de los recursos, o la adecuada protocolización de la asistencia médica, el que sea cual sea la circunstancia en la que el pediatra se encuentre, pueda tener claro las pautas a seguir y los procedimientos a realizar o descartar.

Para ampliar información:

Garcés Visier C, Espinosa Góngora R; Aguilar Tola S, Villalobos Pinto E, Lorenzo Alonso Calderón J. Atención postoperatoria del paciente pediátrico. En Protocolos de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria (SEPIH). 2021.

<https://sepih.es/protocolos-sepih/protocolo-18-atencion-postoperatoria-del-paciente-pediatrico/>



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

El niño con fiebre prolongada e inflamación

Moderadora: Mariona Fernández de Sevilla Estrach. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Ponentes: María Hernández García. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) y Elena Sánchez Marcos H.U. Fuenlabrada (Madrid)

Objetivos de aprendizaje:

- Conocer que las principales causas de fiebre prolongada de origen desconocido son las enfermedades infecciosas, seguido de las enfermedades reumatológicas y las neoplasias
- Aprender la importancia de realizar una anamnesis y una exploración física exhaustivas ante un caso de fiebre prolongada, para así poder plantear un buen diagnóstico diferencial según los datos relevantes y los síntomas y signos guía
- Aprender a solicitar las pruebas complementarias progresivamente y de forma individualizada, según el estado clínico del niño, la evolución de la fiebre y la aparición de nuevos síntomas o hallazgos en la exploración física
- Conocer el abordaje del niño con fiebre prolongada y signos y síntomas de inflamación sistémica.
- Ser conscientes del uso cauteloso de las pruebas complementarias: a veces menos, es más.
- Conocer síntomas poco habituales de la Enfermedad de Kawasaki.

CASO 1: LEISHMANIA VISCERAL, refractaria al tratamiento

Lactante de 14 meses, sin antecedentes de interés, bien vacunado.

Consulta por fiebre de hasta 40°C de 8 días de evolución, asociada a leve cuadro catarral. No otra sintomatología.

Convivientes asintomáticos. Acude a guardería.

Antecedente epidemiológico de interés: Visita habitualmente a sus abuelos que tienen 2 perros. Visita a una granja de animales el día previo al inicio de la fiebre (presencia de perros, gatos, conejos, ovejas y caballos). No picaduras de insectos, no heridas, no ingesta de lácteos no pasteurizados.

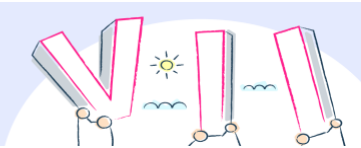
A la exploración física destaca un lactante con buen estado general fuera de los picos febriles y esplenomegalia de 2-3 traveses, sin otros hallazgos de interés.

Ante un niño con fiebre prolongada, con esplenomegalia y con el antecedente epidemiológico mencionado, se plantea el siguiente diagnóstico diferencial:

- 1) Enfermedad infecciosa:
 - virus (VEB, CMV, Parvovirus, Adenovirus)
 - bacterias (Entre ellas *Brucella* y *Bartonella* teniendo en cuenta la esplenomegalia y el antecedente epidemiológico. Por otra parte las causas bacterianas más frecuentes de fiebre prolongada son la ITU y la neumonía, que también se deben descartar)
 - parásitos y protozoos (*Toxoplasma* y *Leishmania*)
- 2) Enfermedad onco-hematológica
- 3) Otras (menos probables): enfermedad reumatológica, síndrome hemofagocítico

Por ello, se solicitan las siguientes exploraciones complementarias:

- Análítica sanguínea con hemograma y fórmula manual, coagulación, bioquímica (incluyendo transaminasas, función renal, LDH y bilirrubina), reactantes de fase aguda (PCR y VSG) y



hemocultivo → destaca anemia (Hb 7.8g/dl, normocítica y normocrómica), plaquetopenia (80.000/mm³), aumento de PCR (90 mg/l), ferritina (1070 ug/L) y LDH (1300 UI/L). En la extensión de sangre periférica se observa anisocitosis y linfocitos estimulados, sin esquistocitos ni células atípicas o inmaduras.

- Sedimento de orina y urocultivo → negativos.
- Radiografía de tórax → normal, no infiltrados ni ensanchamiento mediastínico.
- Ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea, sin otras alteraciones.

Ante estos hallazgos en las exploraciones complementarias, las principales sospechas diagnósticas son:

- 1) infección vírica (más probable) o leishmaniasis (por antecedente epidemiológico y vivir en una región endémica) → se amplía estudio con PCR en sangre y serologías para VEB, CMV, Parvovirus, Adenovirus y *Leishmania*.
- 2) proceso onco-hematológico → aunque tiene una fórmula manual normal.
- 3) síndrome hemofagocítico primario o secundario a proceso infeccioso (a favor: fiebre, esplenomegalia, bicitopenia, hiperferritinemia).

Se decide iniciar ceftriaxona endovenosa dada la afectación del estado general coincidiendo con los picos febriles y la alteración analítica.

Las primeras 24-48 horas de ingreso persiste con fiebre alta y empeoramiento analítico progresivo (Hb mínima 7 g/dl, plaquetas mínimas 41000/mm³, leucopenia 2000/mm³ con neutropenia 700/mm³, PCR 167 mg/L y ferritina 7000 ug/L). Triglicéridos y fibrinógeno normales.

Las PCR y serologías virales resultan negativas, así como el hemocultivo y el urocultivo.

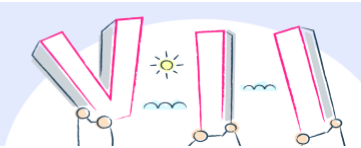
Por ello, se decide completar estudio con un aspirado de médula ósea que muestra abundantes amastigotes, hallazgo compatible con **leishmaniasis visceral**, sin imágenes de hemofagocitos. Se cursa PCR para *Leishmania* en médula ósea, así como estudio de citotoxicidad NK y determinación de sCD25 en sangre (estudios dirigidos a descartar síndrome hemofagocítico).

Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal iv 3-5mg/kg/día (que se mantiene durante 5 días). Tras iniciar la anfotericina B liposomal, el paciente presenta una mejoría tanto del estado general como a nivel analítico (con hemocultivos seriados negativos), por lo que se suspende el tratamiento con ceftriaxona. Se obtiene el resultado de las PCR positivas para *Leishmania*, tanto en sangre como en médula ósea, y el estudio de citotoxicidad NK y sCD25 resulta normal.

Aunque el paciente persiste con picos febriles (cada vez más espaciados) a pesar del tratamiento dirigido, dada la buena evolución clínico-analítica, se decide dar el alta y se cita para control clínico y para completar el tratamiento con anfotericina B liposomal (se consensúa realizar dosis extra el día +10 y el día +14 dada la alta carga parasitaria en el estudio de médula ósea y que el paciente sigue con algún pico febril al alta). En el seguimiento presenta buena evolución quedando finalmente afebril, con normalización analítica y resolución de la esplenomegalia.

Sin embargo, 3 meses después reinicia fiebre de hasta 39.3°C con reaparición de la esplenomegalia, sin otra sintomatología. Se repite analítica sanguínea que muestra pancitopenia (Hb 6.9 g/dl, plaquetas 94000/mm³, leucocitos 3200/mm³, neutrófilos 400/mm³) y elevación de PCR (74 mg/L) y ferritina (240 ug/L). Se cursa hemocultivo. Se realiza sedimento de orina y radiografía de tórax, que resultan normales. Con estos hallazgos, la principal sospecha diagnóstica es una recaída de la leishmaniasis visceral, por lo que se decide ingreso para completar estudio bajo tratamiento con anfotericina B liposomal y piperazilina-tazobactam iv (por neutropenia febril, a la espera de cultivos).

Se realiza un nuevo aspirado de médula ósea en el que se observa celularidad normal, con presencia de algún amastigote, confirmando la sospecha de **recidiva de leishmaniasis visceral**. A las 24 horas de ingreso, queda afebril. Completa 3 días de tratamiento con ceftriaxona, que se suspende tras confirmar negatividad de los cultivos. Recibe 5 días de tratamiento con anfotericina B liposomal, con mejoría tanto clínica como analítica. Se decide dar de alta con controles y nuevas dosis de anfotericina B liposomal el día +14 y el día +21 de tratamiento (pauta de recaída).



Ante la recidiva de leishmania, a pesar de ser más leve que en la primera ocasión, se comenta el caso con Inmunología. En la primoinfección, se realizó estudio funcional de citotoxicidad NK y sCD25, que resultaron normales, así como determinación de Igs y poblaciones linfoides, también normales. Ante la recidiva se decide ampliar estudio de inmunodeficiencia celular, enfermedad granulomatosa crónica y estudio de la vía IL12/IFN γ , resultados pendientes en el momento actual.

CASO 2: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO PRIMARIO

Lactante de 14 meses, fruto de gestación por FIV (óvulo propio, donante de espermatozoides desconocido), sin otros antecedentes relevantes, bien vacunado.

Acude a guardería desde hace 4 meses, ha ido presentando alguna infección viral, la última una herpangina hace 3 semanas.

Consulta por fiebre de hasta 39°C de 10 días de evolución, asociada a tos y mucosidad, así como aparición de lesiones en piel.

Ambiente epidemiológico: convivientes asintomáticos. Conviven con un gato y un perro.

A la exploración destaca un lactante con palidez cutánea y taquicardia (140 lpm, sin fiebre en ese momento), con TA normal y bien perfundido, así como con pápulas equimóticas en extremidades inferiores y tronco. También presenta adenopatías laterocervicales pequeñas y hepato-esplenomegalia de 2 traveses.

Ante un niño con fiebre, hepato-esplenomegalia, adenopatías, palidez y taquicardia y lesiones equimóticas, se plantea el siguiente diagnóstico diferencial:

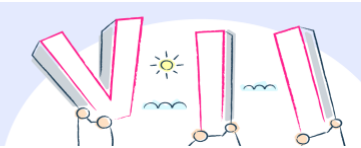
- 1) Enfermedad infecciosa:
 - virus (VEB, CMV, Parvovirus, Adenovirus)
 - bacterias (sepsis, ITU y neumonía por mayor frecuencia; otros: endocarditis, *Brucella*, TBC...)
 - parásitos y protozoos (*Toxoplasma* y *Leishmania*)
- 2) Enfermedad onco-hematológica
- 3) Otras (menos probables): enfermedad reumatológica, síndrome hemofagocítico

Por ello, se solicitan las siguientes exploraciones complementarias:

- Analítica sanguínea con hemograma y fórmula manual, coagulación, bioquímica, reactantes de fase aguda y hemocultivo → destaca anemia (Hb 5.5g/dl, microcítica, reticulocitos elevados), plaquetopenia (23.000/mm³), leucocitos normales con neutropenia (800/mm³), elevación de GOT (126 U/L), PCR (35 mg/L), LDH (499 U/L) y Ferritina (768 ng/mL) y coagulación normal. En la extensión de sangre periférica se observan linfocitos estimulados, sin esquistocitos ni células atípicas o inmaduras.
- Sedimento de orina y urocultivo → negativos.
- Radiografía de tórax → no condensaciones ni ensanchamiento mediastínico, se observan infiltrados perihiliares y pinzamiento de ambos senos costofrénicos.
- Ecografía abdominal: hepato-esplenomegalia homogéneas, derrame pleural y leve ascitis.
- Ecocardiografía: mínimo derrame pericárdico, no vegetaciones.

Ante los hallazgos en las exploraciones complementarias, las principales sospechas diagnósticas son:

- 1) Enfermedad infecciosa → se ha descartado ITU, neumonía típica y endocarditis. Se amplía estudio con PCR en sangre y serologías para:
 - VEB, CMV, Parvovirus, Adenovirus (más probable)
 - *Mycoplasma Pneumoniae* (infiltrados perihiliares, PCR poco elevada)
 - *Leishmania* (región endémica y antecedente epidemiológico)
- 2) Enfermedad onco-hematológica (leucemia/infiltración tumores sólidos o aplasia medular) → a pesar de que tiene una fórmula manual normal, se comenta con el Servicio de Hematología y se decide ampliar estudio con aspirado de médula ósea.



- 3) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-CoV-2 (PIMS): dada la alteración analítica y los hallazgos de poliserositis en las pruebas de imagen → se amplía estudio también con serologías para SARS-CoV-2.
- 4) Debut sistémico de una enfermedad reumatológica: dado cuadro sistémico inflamatorio y poliserositis. No tiene signos de afectación articular, mucosas ni cutánea sugestivas; a valorar evolutivamente.
- 5) Síndrome hemofagocítico primario o secundario a proceso infeccioso (a favor: fiebre, esplenomegalia, pancitopenia, hiperferritinemia).
- 6) Otras causas de pancitopenia: causa metabólica, tóxica... → se cursa estudio metabólico en sangre y orina.

El paciente ingresa para control evolutivo y completar estudio bajo tratamiento con piperacilina-tazobactam iv (por neutropenia febril) a la espera de resultados microbiológicos. Se inicia también hiperhidratación endovenosa (hasta descartar proceso onco-hematológico) y se administra transfusión de hematíes y plaquetas.

En planta persiste con fiebre y pancitopenia marcada a pesar de transfusiones. Se realiza valoración multidisciplinaria (Servicios de Hematología, Reumatología, Infectología e Inmunología):

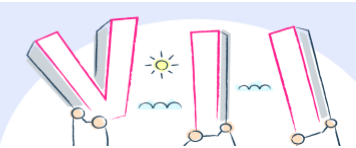
- 1) A nivel infeccioso → las PCR y serologías para virus y Mycoplasma son negativas. A la espera del resultado de la PCR de *Leishmania*, dada la evolución clínica del paciente se decide iniciar tratamiento empírico con anfotericina B liposomal, además de continuar con antibioterapia empírica (cultivos de momento negativos).
- 2) A nivel onco-hematológico → se realiza aspirado de médula ósea que muestra médula hipocelular, no se observan blastos (se descarta leucemia) ni parásitos intracelulares, sí se ven imágenes de hemofagocitosis leve.
- 3) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-CoV-2 (PIMS) → IgG para SARS-CoV-2 positivas, IgM y PCR negativas. Se inicia tratamiento con corticoides 1mg/kg y según evolución se decidirá iniciar también inmunoglobulinas endovenosas (IGIV).
- 4) Cuadro inflamatorio sistémico de origen reumatológico → se inicia corticoterapia tanto por la sospecha de PIMS como por esta sospecha (aunque es baja). Se cursa IL18 y estudio genético de enfermedades autoinflamatorias.
- 5) Síndrome hemofagocítico primario o secundario a proceso infeccioso. Ya cumple 5 criterios: fiebre, citopenias, esplenomegalia, presencia hemofagocitos en médula y aumento de ferritina → Se cursa estudio de citotoxicidad NK y determinación de sCD25 en sangre. En cualquier caso se inicia corticoides a 1 mg/kg, también por las otras sospechas.
- 6) Otros: causa metabólica, tóxica... → estudio metabólico en sangre y orina normales.

Se realizan sucesivos controles analíticos con persistencia de pancitopenia a pesar de transfusiones (Hb 8 g/dl, plaquetas 14000/mm³, neutropenia 0/mm³), elevación de transaminasas, ferritina 2500ug/ml, LDH 1400 y triglicéridos 4 mmol/L. El paciente sigue febril, con hepato-esplenomegalia. Todos los cultivos y las PCR en el estudio de médula ósea resultan negativos, así como el resto de estudio infeccioso, reumatológico y metabólico.

Por todo ello, se orienta el cuadro como **síndrome hemofagocítico o linfohistiocitosis hemofagocítica primaria (HLH)**. Se amplía el estudio inmunitario: citotoxicidad NK (alterada), citometría de flujo para expresión de superficie de perforina (normal), ensayo de degranulación de CD107 alpha (disminuida), CD25s (elevado >50000 pg/mL); hallazgos que confirman la sospecha diagnóstica.

Se inicia megabolus de corticoides, IGIV, ciclosporina A y etopósido según protocolo HLH 2004, además de profilaxis secundarias para *P.jiroveci* (cotrimoxazol) y antifúngica (anfotericina B liposomal 1 mg/kg). Se inicia GCSF a 5mcg/kg/día por neutropenia persistente.

Se completa estudio para descartar afectación de SNC y se cursa exoma clínico urgente para descartar causas inmunológicas primarias de HLH. Se confirma el diagnóstico de **síndrome hemofagocítico primario familiar**, con mutación en UNC13 (gen involucrado en la degranulación) con dos variantes patogénicas. Se realiza estudio genético a la madre, confirmando que es portadora de la mutación (antecedentes paternos desconocidos, patrón de herencia autosómico recesivo).



Desde el inicio del tratamiento según protocolo HLH 2004, el paciente presenta mejoría progresiva del estado hiperinflamatorio.

Dado que la única posibilidad curativa del paciente es el trasplante de progenitores hematopoyéticos, se realiza tipaje HLA del paciente y de familiares de primer grado y se inicia la búsqueda de donante. Tras quimioterapia de acondicionamiento, finalmente se realiza el TPH de sangre de donante de cordón umbilical no emparentado compatible, con adecuada implantación y recuperación hematológica posterior.

Caso 3. Artralgias y ptosis: presentación atípica de un caso.

Niña de 3 años, sin antecedentes de interés, que es llevada a urgencias por fiebre de 5 días de evolución junto con rechazo de la deambulación desde ese día. En la exploración física la paciente está algo decaída, irritable, sin otros hallazgos en la exploración pero es difícil de valorar, no impresiona de ningún punto concreto de dolor y se consigue que camine con relativa normalidad.

Se extrae analítica de sangre con Leucocitos 23200, Neutrófilos 16700, Hb 11,3 g/dl, Plaquetas 332000, PCT 3,7 ng/ml y PCR 18,2 mg/dl, VSG 42 mm.

Intentando buscar el foco de la fiebre, se realiza radiografía de tórax y sedimento de orina, que no presentan alteraciones. Ingresa como sospecha de bacteriemia con cefotaxima iv.

Ya desde el primer día de ingreso, lo que más llamaba la atención era la irritabilidad de la niña y la negativa para la bipedestación y la deambulación. A la exploración, impresionaba inicialmente de dolor a la movilización de la cadera izquierda, por lo que ante sospecha de infección osteoarticular se asocia cloxacilina iv y se pide una RM. La palpación de la columna vertebral no parecía dolorosa. La exploración neurológica era normal, con fuerza estando en la cama aparentemente normal, la sensibilidad normal y los reflejos presentes bilaterales y simétricos.

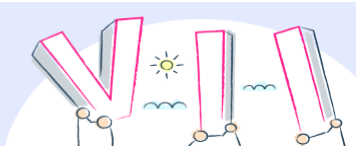
En los días posteriores, la niña continua con fiebre, lo que en un principio nos parecía la cadera izquierda, pasan a ser dolores difusos de miembros inferiores que llegan a afectar también a la mano. Parece responder bien a ibuprofeno, por lo que se deja pautado. Además, al tercer día de ingreso, con 8 días de fiebre, asocia hiperemia conjuntival y fisuración de labios. En los controles analíticos sin embargo, tanto la leucocitosis como los reactantes estaban en disminución, salvo la VSG que se eleva hasta 60 mm. Sospechando en este momento por el cuadro clínico, algún tipo de proceso autoinflamatorio se solicita ferritina, triglicéridos, inmunoglobulinas y Factor reumatoide, todo ello con resultados dentro de la normalidad. También se baraja la posibilidad de una Enf. De Kawasaki, si bien en este momento no cumple criterios.

Ante la inespecificidad de la clínica, las artralgias o mialgias cambiantes, se decide ampliar la RM que estaba solicitada, a una *Body-RM*. En ella se observa: signos de miositis en cuádriceps izquierdo, focos inflamatorios múltiples de artritis y celulitis en varias localizaciones, sin otros hallazgos.

Con estos hallazgos tan inespecíficos y que solo dejaban en evidencia que nuestra paciente estaba inflamada, decidimos avisar a los compañeros de Reumatología, ampliándose el diagnóstico diferencial y llevándose a cabo un amplio arsenal de pruebas:

1. Estudio de médula ósea, tanto para descartar malignidad como para asegurarnos de este hecho en caso de que fuera necesario iniciar corticoterapia.
2. Electromiograma: que fue compatible con un proceso inflamatorio muscular focal en el vasto lateral externo derecho, de intensidad leve-moderada.
3. Completar estudio autoinmunidad: complemento, ANA, anticuerpos específicos de miositis.
4. Se valoró la posibilidad de realizar una biopsia muscular, si bien no se llevó a cabo.
5. Se solicitaron serologías para múltiples microorganismos que pudieran estar relacionados con el proceso.
6. Se solicitó valoración por cardiología, sin alteraciones.
7. Se realizó una citometría de flujo, que fue compatible con un proceso autoinflamatorio.

Al sexto día de ingreso, con todas estas pruebas en marcha, la niña continua presentando febrícula, sigue sin querer caminar, presenta hiperemia conjuntival y fisuración de los labios, y cuando llegamos por la mañana, nos avisa enfermería de que el papá de la niña dice que esta no puede abrir bien los ojos. Vamos, y efectivamente constatamos que tiene una ptosis bilateral simétrica, que no es constante puesto que en ese mismo rato en ocasiones realiza una apertura ocular casi completa, pero al pedirle que abra los ojos de forma forzada, eleva las cejas pero claramente no puede elevar los párpados.



Realizamos una exploración neurológica completa constatando que la paciente no tiene afectación de pares craneales, tiene una movilidad ocular normal, ve bien, no tiene disfagia, ni afonía, ni dificultad respiratoria. La dejamos monitorizada porque no sabemos bien qué está sucediendo y cómo puede evolucionar. Al final de la mañana, sin embargo, la ptosis parece que se ha resuelto de forma espontánea. Se solicita analítica de control: hemograma con 15000 leucocitos y 10000 neutrófilos, la hemoglobina ha bajado a 9,3 g/dl, tiene una trombocitosis de 515000, los reactantes siguen bajando con una PCR 11 mg/dl y una PCT ya negativa. En cuanto al resto de la bioquímica, la función renal y hepática siguen siendo normales, la albúmina está mínimamente descendida 3,3 mg/dl, y la CPK es normal.

Llegados a este punto, y con todas las dudas del mundo, nos volvemos a plantear si nuestra paciente cumple criterios de Kawasaki. De los criterios de Enf. de Kawasaki completa solo cumple la fiebre de más de 5 días (nuestra paciente llevaba ya 11), la hiperemia conjuntival bilateral no secretora y los labios fisurados. No había tenido exantema cutáneo, no tenía adenopatías de tamaño significativo ni afectación distal de las extremidades.

Pero en este momento sí cumplía criterios de Kawasaki incompleto: Tenemos la fiebre prolongada y 2 criterios clínicos, en la analítica tenemos la PCR y la VSG elevadas, y 3 hallazgos de laboratorio: anemia para la edad, plaquetas más de 450000 tras 7 días de fiebre y leucocitos por encima de 15000. Así que tenemos un Kawasaki incompleto cumpliendo criterios, y sin estar quizás 100% convencidas, decidimos iniciar el tratamiento con inmunoglobulina intravenosa 2g/kg y ácido acetil salicílico 50 mg/kg/día.

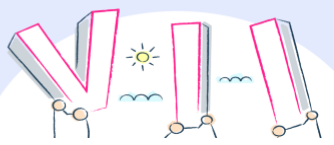
La infusión de la inmunoglobulina transcurre sin incidencias y la respuesta fue muy buena. A las pocas horas se quedó afebril. Los hemocultivos que se extrajeron al inicio y todo el estudio microbiológico iban siendo negativos, por lo que tras 1 semana se suspendió el tratamiento antibiótico. Mejoró de forma significativa el estado general, no volvió a quejarse de dolores en las extremidades y en torno a las 48 horas de la inmunoglobulina empezó a caminar. Así mismo mejoró la hiperemia conjuntival y los labios fisurados hasta su normalización.

Lo que no evolucionó tan favorablemente fue la clínica de ptosis. En los siguientes dos días a la infusión de la Ig siguió siendo algo inespecífico y muy variable a lo largo del día, la niña en ocasiones se quejaba de dolor de los párpados, pero en otros momentos hacia una apertura ocular prácticamente normal. Fue valorada por oftalmología que no vieron alteraciones a nivel ocular ni del fondo de ojo. Sin embargo al noveno día de ingreso, cuando ya estaba casi preparada el alta, la ptosis se hizo más llamativa y persistente, dentro de que seguía siendo oscilante a lo largo del día y no respondía a un patrón concreto, si bien solía estar peor al despertarse y mejoraba a ratos durante el día.

Al constatar esta ptosis ya establecida volvemos a avisar a neurología (la habían valorado el día que se inició la ptosis, pero cuando llegaron la niña estaba ya asintomática). Se llevó a cabo una punción lumbar con obtención de líquido de aspecto claro, con pleocitosis de predominio linfocitario, la glucosa mínimamente descendida (estando normal en sangre) y las proteínas mínimamente elevadas. Se envió muestra para cultivo y PCR para *Borrelia*; nos encontrábamos ante una posible meningitis aséptica, compatible con el Kawasaki, pero no se podía descartar que la clínica neurológica y todo el cuadro previo pudiera deberse a una Borreliosis (los anticuerpos en sangre frente a *Borrelia* seguían pendientes en ese momento). Se contemplaron además otros muchos diagnósticos diferenciales, entre ellos un posible cuadro miasteniforme primario o secundario a algún proceso infeccioso o autoinmune subyacente. Dentro de este estudio etiológico se solicitaron anticuerpos anti-acetilcolina, cuyo resultado se demoró varias semanas.

Entre tanto, encontramos publicados cuatro casos de ptosis asociada a Enfermedad de Kawasaki, todos ellos con una evolución similar a la que presentaba nuestra paciente, de aparición en la fase aguda o subaguda, sin clara respuesta a la inmunoglobulina. Afortunadamente todos los casos publicados se resolvían de forma espontánea en los días a semanas posteriores, sin quedar secuelas. En cuanto a la fisiopatología, proponen que pueda deberse a una vasculitis que afecte a los vasos que irrigan el musculo elevador del párpado, o directamente a un proceso inflamatorio que afecte al músculo en si mismo. Lo que no aparece descrito es la presencia de anticuerpos anti-acetilcolina positivos, como resultó el caso de nuestra paciente.

Al haber encontrado esta bibliografía, en parte nos quedamos más tranquilos y confiados en el diagnóstico de Kawasaki y en qué tal y como había sucedido en los otros casos, la ptosis se resolvería con el paso de los días. Se decidió trasladar a la niña en consenso con los padres a hospitalización domiciliaria, para poder continuar el seguimiento diario pero sin necesidad de permanecer en el hospital. La ptosis permaneció similar en los primeros días, oscilante y más llamativa al despertarse y al final del día, y en el día +12 de evolución empezó a presentar descamación de las yemas de los dedos y cambio de coloración de las uñas,

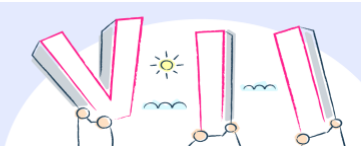


que se conoce como cromoniquia (coloración naranja-marrón transversa de la uñas), típica del Kawasaki, aunque también puede aparecer de forma secundaria al uso de algunos fármacos.

En los 2-3 días previos al alta mejoró de forma significativa la ptosis, y finalmente fue dada de alta en el día +19 desde el inicio del cuadro. Fue revisada en consulta 1 semana más tarde, estando ya la niña asintomática y presentando descamación de los dedos de los pies. Continuó su seguimiento en los meses posteriores por parte de pediatría y cardiología, completando el tratamiento con ácido acetil salicílico y sin presentar complicaciones ni secuela alguna.

Referencias bibliográficas:

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. (Libro verde de La Paz).
2. Manual de Pediatría. 4ª edición. Madrid: Editorial Ergón; 2020.
3. UpToDate (<https://www.uptodate.com/contents/search>): Fever of unknown origin in children, Approach to the child with an enlarged spleen, Visceral leishmaniasis, Hemophagocytic lymphohistiocytosis.

**RESUMEN DE TALLERES DEL PROGRAMA OFICIAL****TALLER 1: SOPORTE NUTRICIONAL TECNIFICADO EN PEDIATRÍA. EMPODERAMIENTO NUTRICIONAL. ATRÉVETE A IR MÁS ALLÁ.**

AUTOR/A: **M^º MAR RODRIGO HIERRO, ESTHER MUÑOZ SÁNCHEZ Y MARTA GARCÍA FERNÁNDEZ DE VILLALTA**

CENTRO: HOSPITAL LA PAZ. UNIDAD DE PATOLOGÍA COMPLEJA. SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES.

Soporte nutricional tecnificado en pediatría.

Los niños hospitalizados y fundamentalmente aquellos con patología crónica y complejidad médica, precisan con frecuencia, como parte de su tratamiento, soporte nutricional especializado mediante técnicas de nutrición artificial, muchas veces, por períodos prolongados. La mayoría de éstos niños puede, de manera segura, continuar con el soporte nutricional en domicilio. Para ello es fundamental la capacitación de los cuidadores principales y asegurar la continuidad asistencial a través de intervenciones de seguimiento y monitorización. El alta al domicilio permite la inserción familiar, social y escolar, favoreciendo el desarrollo integral de este grupo de niños y sus familias, mejorando su calidad de vida, evitando situaciones de desarraigo familiar y disminuyendo los costes por proceso. De todo lo anterior radica la importancia de que tanto pediatras como personal de enfermería estemos capacitados en el manejo, cuidados y actuación ante sus posibles complicaciones.

Siempre que sea posible, se recurrirá a la vía enteral para el soporte nutricional, por ser más fisiológica y presentar menos riesgos que la vía parenteral y porque aporta beneficios para el tracto gastrointestinal. Los objetivos de dicho soporte son: procurar un balance energético adecuado, promover un crecimiento óptimo, revertir o prevenir la malnutrición, aportar sustancias beneficiosas para el tracto digestivo (en el caso de la nutrición enteral) y, en ocasiones, formar parte del tratamiento de la propia enfermedad de base.

Indicaciones de la nutrición artificial.

En los casos en que la ingesta oral espontánea del niño no sea capaz de satisfacer sus requerimientos energético-proteicos, estará indicada la instauración de nutrición artificial.

Las indicaciones deben individualizarse, pero en general incluyen:

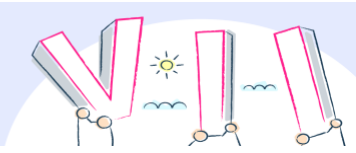
- Desnutrición calórico-proteica primaria grave.
- Alteraciones de la ingesta y deglución: trastornos neuromusculares, malformaciones orofaríngeas
- Alteraciones de la digestión y absorción: reflujo gastro-esofágico grave síndrome de intestino corto, alteraciones graves de la motilidad.
- Enfermedades crónicas con implicación nutricional: enfermedad renal crónica, cardiopatías congénitas, errores congénitos del metabolismo.
- Estados hipercatabólicos: paciente crítico, grandes quemados, etc.
- Otras: patología neonatal (displasia broncopulmonar, gran prematuridad, inmadurez del reflejo de succión)

En cualquiera de los casos anteriores, si no es posible utilizar la vía enteral por afectación grave de la función del tracto gastrointestinal, se indicará nutrición parenteral total o complementaria. En algunos casos, la presencia de patología de asiento primario sobre el tubo digestivo es la que motiva la necesidad de nutrición parenteral (fracaso intestinal por síndrome de intestino corto, pseudoobstrucción intestinal crónica, patología grave de la mucosa, etc).

I) Nutrición enteral (NE)

Consiste en la administración a través del tubo digestivo de alimentos o de fórmulas de composición conocida con intención terapéutica. Podemos distinguir entre nutrición enteral oral (administración de fórmulas por boca) y nutrición enteral por sonda (administración distal a la cavidad oral, a través de catéteres introducidos por boca o nariz o por estomas).

- **Vías de acceso de la NE:** Diversos factores condicionan la vía de acceso para la administración de NE en el paciente pediátrico: duración del tratamiento, estado y funcionalidad del tubo digestivo, enfermedad subyacente y presencia de otras patologías concomitantes.



- **Elección de la vía de acceso:**

El acceso puede obtenerse mediante sondas introducidas por la boca o la nariz, o con la realización de ostomías en el estómago o el yeyuno.

- Sondas oro/nasoenterales: en general para nutrición enteral de corta duración, de 6 a 12 semanas. La vía oral se utiliza en prematuros, neonatos con dispositivos de ventilación colocados en nariz y en la atresia de coanas.

- Sondas a través de ostomías: para nutrición enteral a largo plazo. La más utilizada en pediatría es la gastrostomía.

Elección del lugar de infusión:

- Estómago: más fisiológica, permite tanto la administración en bolos como continua. Requiere funcionalidad gástrica preservada, adecuado vaciado y conservación de los reflejos nauseoso y túsígeno.

- Intestino: si está contraindicada la administración gástrica por riesgo de broncoaspiración, íleo gástrico, obstrucción al vaciado, etc. Solo permite la administración en forma continua.

Modalidades de administración

Su adecuada elección es fundamental para asegurar el éxito de la intervención nutricional, ya que condiciona su tolerancia y cumplimiento. Dicha elección dependerá de diversos factores, por lo que la decisión final deberá individualizarse según las circunstancias de cada paciente.

Parte práctica del taller:

En el taller se incidirá en las técnicas de sondaje naso/orogástrico y transpilórico. Se trabajará ambas técnicas y se manipularán diversos tipos de sondas de gastrostomías, bombas y sistemas.

Procedimiento de gastrostomía: endoscópica percutánea, percutánea radiológica y gastrostomía quirúrgica.

COMPLICACIONES:

La nutrición enteral tecnificada se considera un método seguro, no exento de posibles complicaciones.

Complicaciones relacionadas con las sondas naso/oroentéricas:

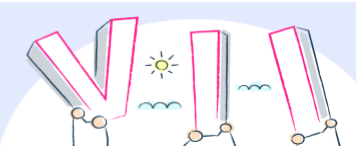
- Obstrucción: Es frecuente. Se enseñará cómo evitarlo
- Malposición y/o perforación: Más infrecuente. Se debe comprobar siempre el emplazamiento de la sonda antes de su uso.
- Desplazamiento: El desplazamiento puede ser proximal o distal. En la primera hay riesgo de lesión y broncoaspiración.
- Erosiones nasales y lesiones por decúbito: Se debe alternar el uso de las fosas nasales.
- Molestias nasofaríngeas: En relación a escasa salivación.

Complicaciones relacionadas con las sondas de gastrostomía.

- Neumoperitoneo: Puede ocurrir al instaurarse el dispositivo.
- Fístula gástrica: Suele precisar cirugía para su corrección.
- "Síndrome de enterramiento". El tope interno o dispositivo de sujeción intragástrico se incluye dentro del tejido celular subcutáneo de la pared abdominal.
- Pérdida periestomal de contenido gástrico: Hay que proteger la piel para evitar una quemadura péptica y tratar el problema de base.
- Infección periestomal: Inflamación local con eritema, dolor y, evolutivamente, supuración.
- Retirada fortuita. Puede estar causada por el desinflado o la rotura del balón, o por tracción involuntaria de la sonda.
- Granuloma periestomal: Es una complicación frecuente. Precisa cuidados tópicos

Complicaciones relacionadas con el tipo de fórmula y su administración

- Aspiración broncopulmonar. Favorecida por un vaciamiento gástrico alterado, los vómitos y determinadas dietas.
- Náuseas, vómitos, distensión abdominal: Pueden estar causados por una posición incorrecta del paciente, una malposición de la sonda, una inadecuada velocidad de infusión, un volumen excesivo de los bolos, etc.
- Diarrea: Esta complicación se observa con más frecuencia al inicio de la NE.



- Estreñimiento: El tratamiento y la prevención consisten en realizar un adecuado balance de líquidos, adicionando agua si es necesario; utilizar fórmulas con fibra, revisar el posible uso de fármacos que favorezcan el estreñimiento, promover hábitos intestinales adecuados y actividad física ajustada según capacidad.
- Reflujo gastroesofágico: La probabilidad de desarrollar RGE tras la gastrostomía es mínima con las técnicas actuales, salvo en el caso de pacientes neurológicos.

Complicaciones relacionadas con la edad de instauración de la sonda

- Si el soporte se instaura en el **primer año** de vida pueden aparecer trastornos conductuales como el rechazo a la alimentación oral. Para ello debe mantenerse si es posible la mayor ingesta por esta vía. Se producen alteraciones de la deglución, y alteraciones en la maduración del lenguaje. Suelen precisar apoyo psicoterápico y logopeda.
- En **niños mayores**, gran impacto psicosocial. Distorsión de imagen corporal. Se minimizan estos problemas realizando un buen plan de tratamiento en el que participe el propio paciente.

Otras complicaciones.

Síndrome de realimentación: es una eventualidad que puede ser grave, y aparece en niños con desnutrición severa en los que se introduce el soporte nutricional de manera rápida. Provoca alteraciones de la glucemia e iónicas, fundamentalmente de potasio, fósforo y magnesio.

II) Nutrición parenteral

La administración de nutrientes por vía intravenosa es una técnica no exenta de riesgos y complicaciones, que debe programarse de forma cuidadosa e individualizada y administrada por personal experto adecuadamente entrenado. Por extensión del taller no nos centraremos en aspectos teóricos de indicaciones, cálculos y particularidades de la nutrición parenteral en pediatría.

Elección de la vía de administración:

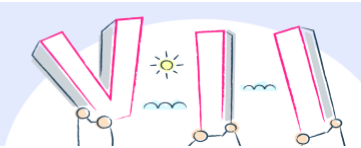
- Nutrición parenteral periférica: para tiempos cortos, cuando no se disponga de acceso central. En general no suele cubrir la totalidad de los requerimientos al precisar baja osmolaridad de la fórmula.
- Nutrición parenteral central: de elección para nutrición parenteral total y/o prolongada.

Tipos de catéteres venosos en función de la fórmula administrada y el tiempo previsto de tratamiento. En el taller abordaremos la capacitación y manejo necesario de estos catéteres para la nutrición domiciliaria.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

- ASPEN Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002;26 (suppl 1): 1SA-138SA.
- ASPEN Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN 2017; 41(5): 706-742.
- Gomis P, Gómez L, Martínez C et al. Documento de consenso SENPE / SEGHNH / SEFH sobre nutrición parenteral pediátrica. Nutr Hosp 2007; 22:710-9.
- De la Mano A, Cortés P, Blanca JA, López E, Castell M, Lama RA y Grupo GETNI. Indicaciones, vías de acceso y complicaciones de la nutrición enteral en pediatría. Acta Pediatr Esp 2011; 69:455-62.
- Grupo de Estandarización de la SENPE. Documento de consenso SENPE/SEGHNP/ANECIPN/SECP sobre vías de acceso en nutrición enteral pediátrica". Nutr Hosp. 2011; 26(1): 1-15.
- Lucila Barrionuevo, Pablo Eulmesekian, Augusto Pérez y Pablo Mincez. Colocación de sondas transpilóricas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos: la técnica de insuflación gástrica de aire". Arch Arg Pediatr 2009; 107 (6): 547-550.

Taller: 2 SIMULACIÓN CLÍNICA DE EMERGENCIAS EN LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA



AUTOR/A: **Dra. Blanca Toledo del Castillo Dra. Laura Castells Vilella**

CENTROS RESPECTIVOS: Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y Servicio de Pediatría del Hospital Quirónsalud del Vallés, Sabadell (Barcelona).

Objetivos de aprendizaje (máximo 5):

1. Reconocimiento del niño grave en situación de riesgo vital y preparada en el entorno intrahospitalario.
2. Saber cómo actuar en caso de un niño críticamente enfermo aplicando la metodología del niño grave.
3. Demostrar la capacitación en el uso del material instrumental de la vía aérea, acceso vascular y fármacos.
4. Aprender a liderar y a formar equipo para la atención del niño grave.

RESUMEN PONENCIA:

La simulación clínica constituye un método esencial para el aprendizaje de habilidades y la capacitación en general. En los últimos años se ha introducido la simulación como un método de gran utilidad en el área de la salud como herramienta de capacitación y formación práctica continuada. La enseñanza mediante simulación aporta grandes ventajas: capacita al profesional, permite la detección de errores y resolución de problemas, y sobre todo, contribuye a mejorar la seguridad del paciente y eficacia de los procedimientos médicos, mejorando en definitiva la calidad asistencial.

El aprendizaje mediante simulación ha demostrado ampliamente en la literatura su utilidad para la formación en situaciones de emergencia. Además, es un modelo de formación muy valorado por el personal sanitario para el manejo de patología urgente y del paciente crítico, dada la dificultad para delegar la responsabilidad de la asistencia de un paciente inestable en personal con menos experiencia, como pueden ser médicos residentes. Además de estimular el aprendizaje fomenta la autonomía y la seguridad de los profesionales en la actuación de situaciones críticas

En este taller, los alumnos aprenderán a reconocer una situación de niño grave en el entorno intrahospitalario, la metodología de actuación, manejo del material y fármacos, mediante la simulación clínica aplicada a casos clínicos pediátricos.

A/ INFORMACIÓN PREVIA QUE SE DEBE CONOCER ANTES DE LA PRÁCTICA

Al inicio del taller y tras una breve explicación de la dinámica del taller, los alumnos serán divididos en dos grupos de 8 personas, un grupo por instructor y aula.

En esta reunión común, se realizará un briefing inmediato, mostrando el modelo de referencia de las habilidades que se pretenden simular.

Se seguirá el algoritmo de aproximación y evaluación del niño enfermo:

En primer lugar se llevará a cabo la realización del triángulo de evaluación pediátrica:

Al valorar la apariencia, se prestará atención al:

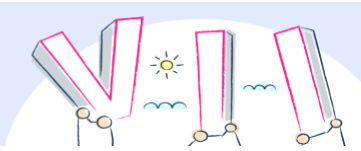
- Tono muscular
- Reactividad.
- Consuelo.
- Mirada
- Lenguaje/llanto.

En la Tabla I se recogen posibles patologías que pueden alterar la apariencia del paciente.

Respiración: se valorarán tanto ruidos respiratorios como signos visuales para ver si el paciente presenta dificultad respiratoria.

Ruidos patológicos: gruñido, afonía, estridor, quejido espiratorio, sibilancias.

Signos visuales:



- Retracciones, tiraje: intercostal, subcostal, supraclavicular.
- Aleteo nasal
- Cabeceo
- Taquipnea
- Posición anómala (por ejemplo en trípode)
- Circulación

Se evaluará la función cardíaca y la correcta perfusión de órganos. Se debe valorar:

- Palidez
- Cianosis
- Cutis reticular

En la Tabla I se recoge los estados fisiológicos que se definen según la alteración de uno o varios lados del triángulo, así como las causas más frecuentes de estas alteraciones.

La tabla II muestra las actuaciones que se recomienda llevar a cabo en función de los estados fisiológicos derivados de la alteración de uno o varios lados del triángulo.

En segundo lugar se llevará a cabo la valoración primaria del paciente (A-B-C-D-E).

Esta secuencia A-B-C-D-E nos va a indicar el orden a seguir según prioridad y no se debe pasar al siguiente apartado hasta no haber resuelto las alteraciones que hemos evaluado.

Tras la evaluación primaria y habiendo llevado a cabo las medidas necesarias de estabilización inicial pasaremos a la evaluación secundaria en la que realizaremos la anamnesis y exploración física.

Para realizar de manera sistemática la anamnesis sin olvidar ningún apartado podemos utilizar la regla nemotécnica SAMPLE:

S: Signos y síntomas: realizar la descripción de cada uno de ellos.

A: Alergias medicamentosas, alimentarias o ambientales.

M: Medicación de base y fármacos/tratamientos que haya recibido en el proceso actual.

P: Patologías previas: antecedentes personales de interés y vacunación.

L: Last oral Intake (última ingesta): última ingesta líquida o sólida.

E: Eventos: si relaciona el cuadro actual con algún evento. Ambiente epidémico.

Posteriormente se llevará a cabo la exploración física completa dirigida según la anamnesis y de manera sistemática para no olvidar ninguna valoración.

Evaluación terciaria. Tras la estabilización del paciente y habiendo realizados las evaluaciones primaria y secundaria podemos pedir pruebas complementarias dirigidas a la patología actual.

B/ DESARROLLO DE LA SIMULACIÓN

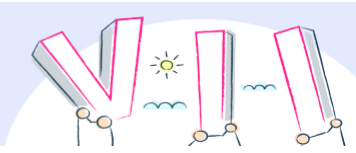
Cada grupo de 8 personas trabajará dos casos clínicos con un instructor. Se iniciará la práctica mediante la presentación del caso asegurando que el alumno lo ha asimilado bien y se iniciará el escenario actuando de la forma más real posible. Cada caso será resuelto por un subgrupo de 4 alumnos y el otro subgrupo de 4 alumnos se mantendrá sentado, observando y anotando. Se propiciará que cada alumno participe en la toma de ediciones y en la ejecución de las mismas siguiendo los protocolos estructurados expuestos en el apartado A.

C/ DEBRIEFING

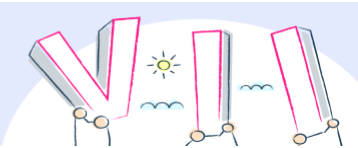
Tras la realización de la simulación clínica de cada uno de los dos casos se realizará el debriefing del caso, donde se realizará la autoevaluación por parte de los alumnos, de sus compañeros y finalmente del instructor de la simulación.

Al revisar y discutir los puntos clave que han tenido lugar durante la ejecución del caso se favorece el aprendizaje. En esta fase se resolverán las dudas de los alumnos mediante un análisis pormenorizado del caso clínico.

Bibliografía:



1. Velasco Zuñiga R. Triángulo de evaluación pediátrica. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(5): 320-323.
2. Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo y accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría*. SEUP. 3ª edición. 2019. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/2_Estabilizacion.pdf
3. Mencía S, López-Herce J, Botrán M, Solana MJ, Sánchez A, Rodríguez-Núñez A, Sánchez L. Evaluación de los cursos de simulación médica avanzada para la formación de los médicos residentes de pediatría en situaciones de emergencia [Evaluation of advanced medical simulation courses for training of paediatric residents in emergency situations]. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(4):241-7.
4. González Gómez JM, Chaves Vinagre J, Ocete Hita E, Calvo Macías C; Grupo Docente de Simulación Pediátrica de la Fundación IAVANTE. New methods in training of paediatric emergencies: medical simulation applied to paediatrics. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68(6):612-20.
5. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med*. 2011; 86(6):706-11.
6. Ruza Tarrío FJ, de la Oliva Senovilla P. La simulación en pediatría: revolución en la formación pediátrica y garantía para la calidad asistencial [Simulation in paediatrics: The new revolution in paediatric training and a guarantee for quality care]. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73(1):1-4.

**Taller: 3 Soporte respiratorio no invasivo en la planta de hospitalización**

AUTOR/A: **Felipe González¹, Teresa Eizaguirre¹, Laura Monfort², Georgina Armero²,**

CENTRO: 1. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid), 2. Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

El taller tratará de las terapias respiratorias que se utilizan habitualmente en las Unidades de Hospitalización pediátrica: la Oxigenoterapia de alto flujo y la CPAP de burbuja.

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

La oxigenoterapia de alto flujo es una práctica cada vez más habitual fuera de las Unidades de cuidados intensivos, tanto en las unidades de Urgencias, como en las unidades de Hospitalización Pediátrica, como para el transporte inter e intrahospitalario.

En este taller se pretende dar a conocer las indicaciones, fisiopatología, protocolización, y cuidados médicos y de enfermería más relevantes de los niños tratados con oxigenoterapia de alto flujo en las unidades de Hospitalización pediátrica, así como explicar el aparataje y fungible necesario.

En primer lugar se realizará una parte teórico-práctica donde se expondrán los mecanismos de acción, y efectos fisiológicos más relevantes de esta terapia ventilatoria, haciendo hincapié en la evidencia científica disponible hasta el momento actual. Hablaremos de las indicaciones más relevantes de su uso como son la bronquiolitis, asma, neumonía, etc. así como la protocolización del proceso de administración de la terapia, desde el momento de inicio, indicación del flujo y la FiO₂, parámetros de evolución, nutrición y protocolo de destete respiratorio.

Desde el punto de vista de enfermería, respecto a los cuidados de los niños, se resaltarán la importancia de una vigilancia estrecha de la mecánica respiratoria, que debe incluir la monitorización cardiorrespiratoria continua y la valoración de signos vitales: FC, FR, Temperatura, dolor con escala validada según edad y saturación; escala de alerta precoz infantil según protocolo; posicionamiento de los niños con incorporación del cabecero de la cama o cuna, manejo de secreciones (lavado nasal o aspiración); Alimentación habitual, oral, por sonda o dieta absoluta; Hidratación con sueroterapia; Mínima manipulación con agrupación de tareas para favorecer los ratos de descanso; y control de infecciones en los casos que se precise.

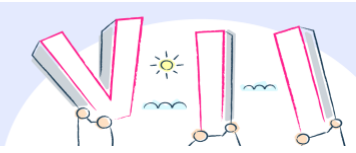
También hablaremos de los diferentes modelos de alto flujo utilizados en nuestras unidades (Fisher and Paykel con mezclador o con sistema en Y y Airvo 2). Explicaremos los diferentes componentes de cada modelo, el montaje de los mismos, las alarmas esperadas para cada grupo de edad, la programación de FiO₂ y flujo y las modificaciones de las mismas en cada modelo, así como el mantenimiento y la limpieza.

Para terminar haremos una práctica de todo lo explicado incluyendo el traslado de un niño a una prueba o a otra unidad, utilizando los distintos dispositivos y recalcando las ventajas y dificultades de cada uno.

CPAP DE BURBUJA (BUBBLE CPAP)

La bronquiolitis es uno de los principales motivos de hospitalización en lactantes. Durante la estación invernal, cuando el VRS y otros virus respiratorios tensiona la ocupación de las unidades de cuidados intensivos (UCIP), la posibilidad de estabilizar este tipo de pacientes más allá de la utilización de la oxigenoterapia de alto flujo se ha convertido en un reto. La disponibilidad del CPAP de burbuja en planta de hospitalización iniciado de forma precoz y en lactantes pequeños ha demostrado buenos resultados en la evolución clínica de estos pacientes, evitando en hasta en más de la mitad de los casos, su traslado a UCIP.

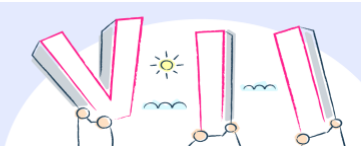
Estudios realizados sobre la aplicación de Bubble CPAP en pacientes con bronquiolitis ha demostrado una disminución significativa en la mediana de PCO₂ cuatro horas después del inicio del tratamiento, siendo una terapia bien tolerada y sin observarse efectos secundarios significativos. Sin embargo, la aplicación de este tipo de terapia requiere de la dotación de personal suficiente y capacitado, así como la posibilidad de derivación a una UCIP, en caso de deterioro o de que la terapia resulte insuficiente.



El objetivo del taller será explicar el dispositivo de Bubble CPAP y su funcionamiento, las indicaciones y contraindicaciones de su uso, cómo preparar al paciente para su colocación y cómo valorarlo una vez iniciada la terapia. Asimismo, se explicará cómo realizar los traslados intrahospitalarios con Bubble CPAP de estos pacientes, así como realizar el seguimiento por el equipo asistencial y su retirada en caso de mejoría.

Bibliografía:

1. González Martínez F, González Sánchez MI, Rodríguez Fernández R. [Clinical impact of introducing ventilation with high flow oxygen in the treatment of bronchiolitis in a paediatric ward]. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(4): 210-5.
2. Franklin D, Babl FE, Schlapbach LJ, et al. A randomized trial of high-flow oxygen therapy in infants with bronchiolitis. *N Engl J Med*. 2018;378(12): 1121-1131.
3. Dafydd C, Saunders BJ, Kotecha SJ, Edwards MO. Efficacy and safety of high flow nasal oxygen for children with bronchiolitis: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res*. 2021 Jul;8(1):e000844.
4. Christophe Milési, Sandrine Essouri, Robin Pouyau et al. High flow nasal cannula (HFNC) versus nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) for the initial respiratory management of acute viral bronchiolitis in young infants: a multicenter randomized controlled trial (TRAMONTANE study). *Intensive Care Med* (2017) 43:209–216
5. Øymar and Bårdsen. Continuous positive airway pressure for bronchiolitis in a general paediatric ward; a feasibility study. *BMC Pediatrics* 2014, 14:122
6. Turnham H, Agbeko RS, Furness J, et al. Non-invasive respiratory support for infants with bronchiolitis: a national survey of practice. *BMC Pediatr*. 2017;17:20

**CRM. Situaciones críticas en pacientes hospitalizados ¿preparados para la próxima?**AUTOR/A: **Pedro J Alcalá Minagorre**

CENTRO: Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante)

1.- Introducción:

¿Nos subiríamos a un avión cuya tripulación no estuviese entrenada para realizar un aterrizaje de emergencia o volar en medio de una tormenta? Bien sabemos que podemos estar tranquilos cuando embarcamos, dado que los datos nos muestran que la seguridad constituye una prioridad en el mundo de la aviación. La experiencia acumulada tras una serie de accidentes aéreos en los años 70 puso de manifiesto que gran parte de estos no guardaban relación con la falta de experiencia o conocimientos de los pilotos, sino otros componentes esenciales en situaciones complejas o imprevistas. La gestión del factor humano entre el personal de cabina, torre de control y otros agentes era fundamental para manejar determinadas situaciones críticas. El manejo de todos esos aspectos clave en situaciones de emergencia (liderazgo, comunicación efectiva, trabajo en equipo...) se ha denominado gestión de recursos ante crisis (crew/crisis resource management, CRM). La optimización del CRM, junto a la notificación e investigación transparente de los incidentes de seguridad, han conseguido que volar sea mucho más seguro que otras actividades cotidianas. La medicina ha dirigido su mirada al mundo de aviación. Aunque manejamos situaciones de riesgo y nos preocupa la seguridad, nuestros resultados comparados son muy inferiores (es trescientas veces más probable fallecer por un evento adverso intrahospitalario que por un accidente aéreo).

2.-Situaciones críticas en el entorno hospitalario y factor humano

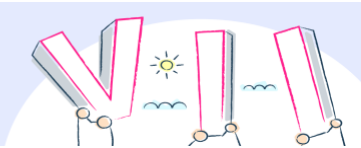
Durante la asistencia de nuestros pacientes en el hospital nos podemos encontrar ante situaciones críticas, definidas por estas características:

- Suponen un alto riesgo para el paciente
- Requieren de una solución inmediata
- Son inesperadas
- Aunque cada evento aislado es relativamente infrecuente, pueden estar producidas a una amplia diversidad de situaciones
- La solución requiere de una respuesta compleja, con participación de numerosos actores
- Se acompañan de un grado variable de caos
- Son situaciones en cuyo manejo pueden producirse errores y yatrogenia al paciente
-

Cada uno de nosotros podemos rememorar algunas de estas crisis según nuestra experiencia y ámbito profesional: reacción transfusional grave en la planta quirúrgica, parada cardiorrespiratoria en un lactante con bronquiolitis aparentemente estable, estatus epiléptico en un paciente sin vía, extubación accidental de durante un traslado intrahospitalario, cesárea urgente por bradicardia fetal.... Los pediatras hospitalarios y nuestros equipos debemos estar preparados para una amplia relación de estas situaciones de emergencia, que requieren una respuesta coordinada, efectiva y a la vez segura. Sin embargo, los datos muestran una realidad mejorable. Uno de cada 9 niños hospitalizados sufre algún tipo de evento adverso relacionado con la asistencia hospitalaria. En su gran mayoría no son producidos por falta de conocimientos o habilidades individuales. Hasta el 70% de los errores se producen por factores humanos, es decir, por problemas de comunicación, en la gestión de recursos, por falta de coordinación de estos, la carencia de una cultura de la seguridad en la organización y sus integrantes... etc. Y en una situación de crisis amenazante para la vida de un paciente, una respuesta tardía, errónea o inexistente puede generar consecuencias graves para nuestros pacientes.

En aviación, el trabajo del factor humano y el desarrollo del CRM ha contribuido a reducir el número de eventos y accidentes. ¿Por qué no se entrena de la misma forma en nuestro entorno hospitalario? ¿En nuestras unidades pediátricas sabemos actuar en equipo ante una situación de crisis?

3.- CRM en el entorno hospitalario



En las últimas décadas, se ha tomado conciencia de que errar no sólo es humano, sino que es prácticamente inevitable en organizaciones complejas y dinámicas como son los hospitales. En gran parte, estos errores son prevenibles y gestionables. Como indica el modelo del queso suizo de Reason, las amenazas latentes, como las situaciones críticas con nuestros pacientes, pueden ser afrontadas con una serie de barreras protectoras: organizativas, protocolos, formación de los profesionales, o condiciones favorables del lugar de trabajo. Y si estas barreras presentan carencias o defectos, el peligro finalmente puede provocar un daño grave. La preparación de los equipos ante esas emergencias será sin duda un factor protector.

La gestión de situaciones críticas hospitalarias implica la necesidad de una respuesta inmediata y efectiva por parte de los equipos. Pese a su importancia, el entrenamiento de este tipo de actuaciones no suele formar parte de los programas formativos de los profesionales sanitarios. Con este fin, David Gaba y otros profesionales adaptaron a la medicina el modelo CRM de la aviación. Su principal objetivo es coordinar, utilizar y aplicar todos los recursos disponibles para dar la mejor respuesta clínica y garantizar la seguridad del paciente en situaciones de crisis. Entre las principales características del CRM se encuentran:

- Promover el desarrollo de habilidades y técnicas
- Focalizar en el manejo eficiente del factor humano para mejorar:
 - Comunicación
 - Trabajo en equipo
 - Seguridad
 - Resiliencia
- Generar una actividad proactiva con los errores. Actuar sobre ellos tan pronto como sea posible y minimizar sus consecuencias anticipatoriamente

El CRM puede ser un modelo adecuado para nuestro entorno asistencial. Nos acerca a nuestra realidad de las plantas de hospitalización, donde no trabajamos aisladamente, sino integrados en sistemas complejos, con un amplio número de profesionales que atienden simultáneamente a decenas de pacientes. Muchas veces se manejan situaciones de incertidumbre clínica, bajo alta presión y emocional, con carencia de tiempo y personal. En ocasiones surgen eventos imprevistos en pacientes estables y con un alto riesgo de error en su manejo urgente. Por este motivo, la aplicación del CRM en nuestro entorno pediátrico hospitalario resulta de alto interés, dado que nos prepara a una amplia diversidad de crisis. Numerosos trabajos han observado resultados favorables tras su aplicación en distintos escenarios clínicos, y muchas organizaciones y centros hospitalarios están promoviendo su desarrollo.

4.- Componentes del CRM

Gaba, Howard y Fish desarrollaron unos puntos clave del CRM, agrupados grandes ejes. Corresponde a una serie de estrategias y actitudes para mejorar la eficiencia y la seguridad, que se aplicarán en un orden determinado según las características de cada posible situación de crisis.

Preparación

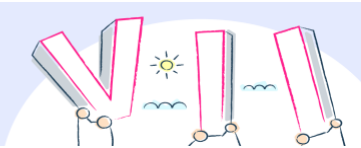
1. Conocimiento del entorno
2. Anticipación y disposición de un plan específico
3. Disponer de toda la información sobre la situación
4. Conocimiento y movilización de los recursos

Gestión de equipo

5. Reconocer la gravedad.
6. Solicitud rápida y efectiva de ayuda
7. Liderazgo o colaboración (pero nunca obstaculizar)
8. Asignación explícita de labores
9. Distribución de la carga de trabajo
10. Comunicación efectiva

Gestión de la clínica

11. Consciencia situacional
12. Comprobaciones cruzadas.
13. Prevenir y manejar los errores de fijación



14. Utilizar ayudas cognitivas.

Feedback constante

15. Reevaluaciones periódicas de la situación
16. Establecer prioridades de forma dinámica según evolución

Incorporar efectivamente todos esos puntos del CRM a nuestro trabajo diario es una tarea que requiere entrenamiento efectivo, que como en la aviación, debe sustentarse en formaciones recurrentes y empleo de la simulación. Para tal fin, el CRM se vincula intensamente con a simulación clínica.

5.- Simulación, esencial para gestionar las crisis

Martin Broadwell y Noel Burch describieron las cuatro etapas que todos pasamos hasta dominar una habilidad o técnica:

- Incompetencia inconsciente
- Incompetencia consciente
- Competencia consciente
- Competencia inconsciente
-

Este recorrido muchas veces es incompleto a la hora de entrenar las posibles situaciones de emergencia de nuestros pacientes. Pese a los largos años de facultad y posterior especialización, muchos pediatras pueden llegar a enfrentarse a situaciones críticas novedosas sin haber recibido formación específica, o bien sin el entrenamiento periódico necesario que permita afrontar con garantías dicha ese momento crítico. El modelo clásico académico (clases teóricas seguidas de prácticas) dista mucho de ofrecer garantías de aprendizaje efectivo y mantenido. Tampoco los modelos de aprendizaje ejercidos durante la residencia “observa la primera vez, haz la siguiente y enseña al que te sigue”, pueden ofrecer las garantías de seguridad o calidad exigibles para nuestros pacientes.

¿Cómo resuelven esta situación en la aviación? Los pilotos reciben un entrenamiento especializado inicial seguido de un conjunto de formaciones periódicas recurrentes basados en la simulación, la medición del desempeño y la retroalimentación. Las formaciones recurrentes permiten mantener a los pilotos frescos y actualizados. Una característica de su formación es el empleo de simuladores de vuelos, que son cada vez más realistas. Por un principio de seguridad para ellos y sus pasajeros, no se puede abordar una situación real sin haberla perfeccionado con el simulador. ¿Y en el hospital, no afrontamos situaciones de riesgo para nuestros pacientes?

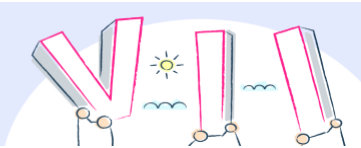
Existe evidencia de que la simulación mejora y acelera la adquisición de aptitudes de trabajo en equipos interprofesionales, frente a los modelos educativos tradicionales. La teoría de aprendizaje de David Kolb defiende que la experiencia se constituye como la fuente de aprendizaje teórico, y no al revés, como exponían los antiguos modelos académicos (de la teoría a la práctica). Según Kolb la vivencia de una experiencia concreta genera una observación reflexiva, una conceptualización abstracta para integrar las observaciones y una posterior capacidad de experimentación activa, donde seamos capaces de emplear lo aprendido por esas situaciones y solucionar nuevos problemas en el futuro.

Otro concepto aplicable en el entrenamiento médico son los ciclos rápidos deliberados, descritos por Ericsson y ampliamente aplicados el perfeccionamiento de habilidades y procesos. Con este modelo, se establece un régimen de actividades para optimizar el perfeccionamiento de una habilidad, estableciendo unos objetivos definidos (como la intubación endotraqueal en situación de emergencia) a través de la repetición y retroalimentación de la observación. Este sistema mejora y acelera la curva de aprendizaje con respecto a la formación médica tradicional, y se complementa perfectamente con la simulación clínica.

5.- Objetivos y ámbitos de simulación

La simulación clínica persigue una serie de objetivos en la preparación de las situaciones de crisis hospitalarias

- Fijación de conocimientos teóricos
- Adquisición de habilidad técnica
- Optimización de la preparación y la gestión del factor humano (conocimiento del entorno,



identificación de una situación crítica, comunicación efectiva, asignación de roles, movilización de recursos, trabajo interdisciplinar)

Como hemos visto, la gestión del factor humano entre los integrantes de los equipos resultará fundamental para orientar la atención hacia el éxito o el caos. La simulación ofrece un entorno seguro y controlado para este aprendizaje. En función del lugar donde se realice esta práctica nos podremos plantear dos opciones:

- a) Simulación en laboratorios específicos de formación. El ejercicio se realiza en espacios muy controlados, que intentan recordar áreas asistenciales. Incluyen dispositivos de observación y grabación y permiten recrear situaciones de gran complejidad.
- b) Simulación in situ. Desarrollada en las propias unidades, con los equipos y los recursos disponibles, y por los miembros del mismo equipo sanitario. Esta práctica mejora la confiabilidad y la seguridad, especialmente en zonas de alto riesgo

6.- Fases del ejercicio de simulación

Los ejercicios de simulación requieren de una sistemática estructurada con las siguientes fases:

- a) Preparación del caso. Es importante adecuar el supuesto clínico a los objetivos de aprendizaje y el contexto asistencial de los participantes. También es fundamental anticipar los posibles cursos evolutivos del cuadro en función de las decisiones y actuación de los participantes, para que el caso no esté sujeto a la improvisación
- b) Sesión de orientación. Briefing. Tras la presentación de participantes en un ambiente que favorezca el respeto y confidencialidad, se realiza una introducción, con los objetivos de la actividad. Esta parte es clave para lograr el compromiso e implicación de los participantes.
- c) Desarrollo de la simulación. Los participantes entran en el escenario, establecen contacto con el paciente y los datos iniciales de la historia. Esto les permite realizar un enfoque diagnóstico inicial, generar decisiones clínicas, y lo que es fundamental: actuar e interactuar en equipo. Los tutores-instructores manejan las respuestas del paciente, generan cambios, observan y registran las actuaciones.
- d) Se comenta la resolución del caso, determinado por las decisiones clínicas.
- e) Análisis grupal o debriefing. Es una fase clave para generar la reflexión y aprendizaje. Los participantes exponen la percepción subjetiva de lo experimentado. Los instructores exponen los errores no percibidos (con la posible ayuda de la grabación). Se contrastan con los objetivos de la actividad, tanto clínicos como no clínicos. Se revisa lo que se ha hecho bien y lo que es mejorable. Se cierra el debriefing con las conclusiones que nos llevamos a casa.

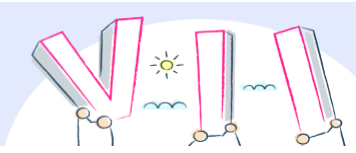
7.- Ventajas, limitaciones y requisitos de la simulación para el CRM

En el ámbito de la Pediatría Interna Hospitalaria, la simulación ha mejorado la calidad y seguridad de la atención al paciente. Es además una herramienta evaluadora de nuestra práctica, capaz de detectar espacios de mejora, y resulta indispensable a la hora de gestionar situaciones críticas entre profesionales, dado que genera un aprendizaje basado en el equipo.

Sin embargo, la simulación cuenta con las limitaciones y exigencias. Pese a los avances tecnológicos, el realismo de maniqués, programas informáticos, actores... siempre será incompleto. Sin duda la simulación requiere de una inversión económica considerable, con dispositivos y espacios propios. Exige de tiempo específico para la asistencia de alumnos, y la preparación y formación de los instructores. No se puede conseguir una práctica excelente sin una dotación adecuada de recursos.

8.- Conclusiones

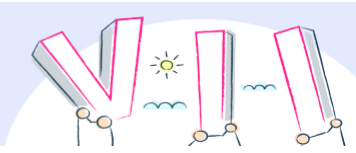
La aviación ha gestionado de forma brillante la mejora de la seguridad global, y en particular la preparación del factor humano en situaciones de emergencia. La preparación frente a estas situaciones críticas en el hospital exige un cambio de paradigma, con una actitud anticipatoria y proactiva. El CRM se muestra como una herramienta potente a la hora de prepararnos ante posibles emergencias en las plantas. No olvidemos que trabajamos con relativa frecuencia con niños gravemente enfermos. Nos enfrentamos a decisiones difíciles con un importante margen de incertidumbre y emergencias vitales para las que debemos estar preparados.



Las investigaciones, los fármacos y la tecnología no salvan vidas por sí solos. Son los profesionales que saben usarlos adecuadamente y trabajar en equipo los que marcan la diferencia en momentos críticos. La aplicación de los principios CRM en nuestras unidades mejorará sin duda la respuesta a estas situaciones y la seguridad de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Casal Angulo C, Quintilla Martínez JM, Espinosa Ramírez S. Simulación clínica y seguridad en urgencias y emergencias: Emergency Crisis Resource Management (E-CRM). *Emergencias* 2020;32:135-137
2. Torres Y, Rodríguez Y, Pérez E. ¿Cómo mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente adoptando estrategias del sector de la aviación? *J Healthc Qual Res.* 2021 6:S2603- 6479(21)00107-X
3. González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación *Educ Med.* 2019;20:231---237
4. Perretta JS, Duval-Arnould J, Poling S, Sullivan N, Jeffers JM, et al. Best Practices and Theoretical Foundations for Simulation Instruction Using Rapid-Cycle Deliberate Practice. *Simul Healthc.* 2020;15:356-362
5. Gaba DM. Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2010;105:3-6
6. Myers SR, Donoghue AJ. Quality improvement and crisis resource management in pediatric resuscitation. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(3):297-305



COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PREMIADAS

Premio a la mejor comunicación VII Reunión SEPIH

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO ASOCIADO A SARS-COV-2: DESCRIPTIVO EPIDEMIOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOS AÑOS DE PANDEMIA DE LA COHORTE ESPAÑOLA

Autores: Pino Ramírez Rosa M^a ; Fernández de Sevilla Mariona ; Fumadó Pérez Victoria ; Espalza Cristina ; Grasa Carlos ; Villanueva Sara ; Gastesi Irati ; Moraleda Cinta ; Tagarro Alfredo ;
Centros de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona); Hospital 12 de Octubre (Madrid); Hospital La Paz (Madrid)

Introducción:

A mediados de abril del año 2020 se empezaron a describir una serie de casos pediátricos que presentaban un Síndrome Inflamatorio hasta la fecha desconocido. Los criterios fueron definidos a través de sociedades científicas (Royal College of Pediatric and Child Health, Center for Disease Control y la Organización Mundial de la Salud) denominándose Síndrome Inflamatorio Multisistémico asociado a SARS-CoV-2 (MIS-C). Se describe la experiencia de la cohorte española de dos años de pandemia, fruto de la colaboración multicéntrica de hospitales del territorio en relación a la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y manejo de esta nueva entidad.

Material y Métodos:

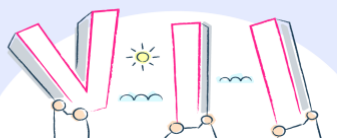
Estudio multicéntrico (40 hospitales) descriptivo de pacientes con criterios de MIS-C, desde Abril del 2020 hasta Junio del 2022, englobado dentro de EPICO (The Epidemiological Study of Coronavirus in Children EPICO-AEP).

Resultados:

N: 236 pacientes. Media de edad: 9.03 años (IQR 5.15;11.8). Sexo: 60% niños. 19.1% comorbilidad. Clínica de presentación: síntomas gastrointestinales (212/236; 89.8%), neurológicos (101/236; 42.8%), respiratorios (88/236; 37.3%), mucocutáneos (174/236; 73.7%), hipotensión/shock (80/236; 33.9%). 120/236 (50.8%) precisaron ingreso en UCI-P. 97/127 tuvieron SARS-CoV2 positivo en PCR nasofaríngea o aspirado. IgM SARS-CoV-2 fue positiva en 53/177 (29.9%), y la IgG positiva en 207/210 (76.4%). En analítica sanguínea se observó alteración del hemograma con plaquetopenia 144.000/mm³ [IQR 94000;273500] y linfopenia 700 [IQR 400;1500], y elevación de reactantes de fase aguda que incluyen PCR 180 mg/L [IQR 114;255.4], procalcitonina 3.3 ng/ml [IQR 1.15;8.26], ferritina 421 ng/ml [IQR 237.8;933.3], pro-BNP 4917 ng/ul [IQR 1562;12637], IL-6 104.5 pg/ml [IQR 28.6;296.6]. La afectación cardíaca más frecuente fue miocarditis (73/236; 30.9%). Se objetivaron aneurismas coronarios en 24/236 (10.2%) pacientes. El tratamiento recibido fue: IGIV (182/236; 77.1%), corticoides (203/236; 86%) IGIV solo 18/126, tozilizumab/anakinra (14/236; 5.9%), ninguno 7/236 (2.5%).

Conclusiones:

La manifestación inflamatoria post-infección relacionada con SARS-CoV-2 (MIS-C), ha sido una de las consecuencias de la pandemia en Pediatría. Es una enfermedad potencialmente grave que requiere ingreso al diagnóstico en una unidad de hospitalización pediátrica, y en casi la mitad de los casos, en una unidad de intensivos pediátricos. Las características epidemiológicas, clínicas y bioquímicas de la cohorte española son similares a las descritas en la literatura. El trabajo y la colaboración multicéntrica permite conocer estas características y sus particularidades en nuestro territorio.

**Accésit mejor comunicació VII Reunión SEPIH****ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS FORMACIONES EN CENTROS EDUCATIVOS PARA FAVORECER LA ESCOLARIZACIÓN DE NIÑOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA**

Autores: Ricart Silvia ; Monfort Laura ; Torrús Isabel ; Peñarubia Lucía ; López Tamara ; Pellicer Eduard ; Ponce Laura ;

Centro de trabajo: Servicio de Pediatría. Dirección de enfermería. División Enfermería. Servicio de Trabajo Social. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Introducción y objetivos:

La escuela, el primer elemento socializador tras la familia, contribuye al desarrollo emocional, físico y social. La supervivencia de niños con enfermedades graves condiciona la necesidad de cuidados complejos y, frecuentemente, el uso de dispositivos de soporte vital. La asistencia de estos niños a la escuela es un desafío para padres y equipo docente. El objetivo del estudio es describir la experiencia del equipo de crónicos complejos de un hospital materno-infantil de 3r nivel al realizar formaciones a centros escolares donde acuden pacientes crónicos complejos con alta necesidad de cuidados. Secundariamente, describir los recursos humanos especiales en el aula y las incidencias presentadas.

Métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo de formaciones realizadas en centros educativos del curso 2017/18 al 2021/22. Variables: nivel educativo (preescolar, primaria, secundaria, educación especial), condición de base, presencia de personal de soporte (velador y/o enfermera).

Las formaciones tenían como objetivos:

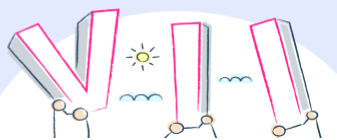
1. Garantizar la seguridad del niño en el colegio,
2. Vencer miedos explicando las particularidades de la enfermedad/niño, y
3. Establecer comunicación familia-escuela-equipo sanitario. Estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas).

Resultados:

Se realizaron 47 formaciones para 37 pacientes (8 casos con >1 formación por cambio de ciclo). Condición de base: 26 formaciones (55,3%) por traqueostomía; 12 (25,5%) por epidermólisis ampollosa y 9 (19,1%) por cuidados complejos. Las formaciones se realizaron en el propio centro escolar excepto en traqueostomizados (en 2017/18 y 2018/19 formaciones en el hospital). Tipo de centro: 34 formaciones (72,3%) en educación primaria, 6 (12,8%) en infantil, 3 (6,4%) en institutos y 4 (8,4%) en escuelas de educación especial (EEE). Personal de soporte: 32 niños (86,5%) disponían de auxiliar educativo. De los 5 sin auxiliar, 4 acudían a EEE y el otro a escuela privada. 7 niños con enfermera escolar: 4 en EEE y 3 en centros privados/concertados. Incidencias: 2 decanulaciones accidentales del mismo paciente, resueltas por la enfermera de EEE. Todos los pacientes siguen escolarizados en la actualidad.

Conclusiones y comentarios:

La colaboración escuela-servicios de salud facilita la asistencia a la escuela de niños con enfermedades graves y limitantes. La mayoría de formaciones son en educación primaria y disponen de auxiliar educativo. No se reportan incidencias graves con repercusión sobre el alumno.

**Premio a la mejor comunicación sobre casos clínicos****ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA EN ADOLESCENTES: LA ENTIDAD OCULTA**

Autor: Minguenza De La Paz Irene ; Pérez Moreno Jimena; De La Sen De La Cruz Laura; Rodríguez Represa Francisco Javier; González Martínez Felipe; Toledo Del Castillo Blanca; Rodríguez Fernández Rosa
Centros de trabajo: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Introducción y objetivos:

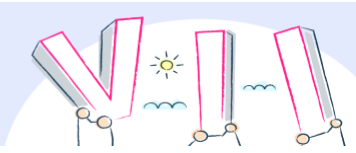
La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección del tracto genitourinario superior polimicrobiana. Suele estar causada por *N.gonorrhoeae* y/o *C.trachomatis*, pero puede involucrar *Mycoplasma genitalium* o anaerobios implicados en la vaginosis bacteriana. Las adolescentes son susceptibles de desarrollarla por su edad, prácticas sexuales de riesgo y ectopia cervical. El objetivo del trabajo es describir los casos de EPI que ingresaron en los últimos 2 años (2020-2022) para determinar los principales signos o síntomas de sospecha.

Descripción de los casos:

De estos cinco casos de EPI, la media de edad fue de 15 años y 3 meses ($DE \pm 3,4$ meses). Los síntomas que referían incluyeron dolor abdominal inespecífico, dolor lumbar, fiebre, aumento del flujo vaginal; y otros como náuseas, vómitos y diarrea. La mediana de tiempo de evolución fue de 3 (1-30) días. En todos ellos la clave para el diagnóstico fue el antecedente de relaciones sexuales sin protección. La mediana de PCR fue de 164 mg/L (RIC 45,5-265). En cuanto al diagnóstico, las guías indican cumplir al menos un criterio necesario: dolor a la palpación uterina, anexial o movilización cervical en la exploración ginecológica. Son criterios adicionales: fiebre, secreción vaginal mucopurulenta o con leucocitos abundantes, elevación de reactantes y positividad en pruebas microbiológicas. Dentro de los criterios específicos, se incluyen la evidencia de EPI mediante ecografía trasvaginal, RM o biopsia. Como se observa en los casos, la ausencia de dolor a la manipulación y de datos ecográficos no excluye la enfermedad. El microorganismo más frecuente fue *N.gonorrhoeae*, destacando también *C.trachomatis*. Respecto al tratamiento, se recomienda como primera línea: dosis única parenteral de ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol vía oral durante 14 días, asociando siempre este último. En nuestros casos los tratamientos más usados fueron ceftriaxona y doxiciclina, sin embargo, solo en uno de los casos se incluyó metronidazol.

Conclusiones:

Es importante pensar en EPI en toda adolescente con prácticas sexuales de riesgo cuando presenten dolor abdominal, lumbar o síntomas gastrointestinales que no responden a tratamiento habitual o presenten un curso desfavorable. A la hora de realizar la exploración ginecológica se debería incluir siempre el cultivo endocervical, dado que los datos de la exploración física y ecográfica son inespecíficos y no excluyentes.



COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

COMUNICACIÓN 01

UN CASO ATÍPICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

Autores: Haidour Salido Sofia ; Cantos Masa Paloma; Risquete Rocío

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

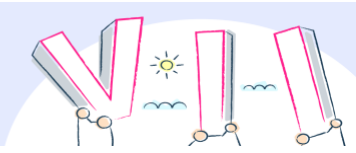
Presentamos el caso de una niña con invaginación intestinal en contexto infeccioso con objetivo de realizar un diagnóstico diferencial amplio cuando se presenta en una edad y contexto atípico.

RESUMEN DEL CASO:

Niña de 2 años sin antecedentes de interés, bien vacunada, que consulta por cuadro febril de 2 días de evolución con vómitos y dolor abdominal sin diarrea. Hemodinámicamente estable con disminución del nivel de conciencia. Abdomen distendido, blando y doloroso a la palpación en hipogastrio, sin masas, encontrando oxiuros en ano. Resto de la exploración normal. Se extrae analítica objetivándose leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica y normocrómica, PCR de 116 mg/L y PCT de 5.7 ng/ml. Se realiza radiografía torácica, estudio de virus respiratorios, incluyendo test de Ag COVID19, sedimento urinario y estreptotest, todos negativos. Ante dicho cuadro se realiza punción lumbar con estudio del LCR negativo, y se inicia antibioterapia. También se realiza ecografía apreciándose imagen sugestiva de invaginación intestinal, desinvaginándose durante la exploración. Tras estabilización inicial se ingresa en planta y, dado el antecedente de invaginación en contexto atípico se realiza TAC abdominal con contraste y gammagrafía, descartando masas y divertículo de Meckel. Persiste la alteración del nivel de conciencia por lo que se realiza EEG, que es normal. Al 4º día desde inicio del cuadro comienza con rinorrea y tos, siendo positivo a COVID19 en nueva determinación de test rápido de Ag. Presenta mejoría progresiva del estado general completando antibioterapia empírica durante 5 días desapareciendo la fiebre. En control analítico se objetiva hipotiroidismo central que mejora junto a la clínica y al resto de parámetros diagnosticándose de hipotiroidismo central transitorio.

CONCLUSIONES:

La invaginación es una causa común de obstrucción intestinal en lactantes. Una de las etiologías propuesta son las infecciones virales, debiendo descartarse otras causas en mayores de esta edad. La determinación de patógenos virales, incluyendo SARS-CoV-2, debe de realizarse en el diagnóstico diferencial en cuadros gastrointestinales y alteración del nivel de conciencia. Aunque ya hay algunos artículos publicados, serían necesarios más estudios para determinar si la invaginación puede constituir una manifestación clínica del espectro de la infección COVID-19 en niños.

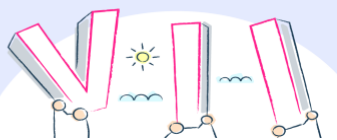


COMUNICACIÓN 02

TUMOR GLIONEURONAL LEPTOMENÍNGEO DIFUSO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Ortiz Mesa María Elena ; Barroso Mifsut Ricardo; Manzanares García Diego
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

El tumor glioneuronal leptomeníngeo difuso es una entidad de infrecuente presentación descrita en 2016 en la clasificación de tumores del sistema nervioso central por la OMS y cuya primera manifestación es, generalmente, a consecuencia de la hidrocefalia. El objetivo del caso es dar a conocer el interés del trastorno y el camino hasta su diagnóstico y tratamiento. Consulta un varón de 4 años por deterioro del nivel de conciencia. Había presentado un cuadro de vómitos inespecíficos y febrícula en las 48 horas previas siendo rehidratado y dado de alta con analítica y radiografía de tórax normal. A su llegada, se observa tendencia al sueño, actitud en flexión y rigidez de nuca. No focaliza la mirada y presenta movimientos de chupeteo. Se extrae gasometría y analítica, se realiza TAC y punción lumbar. 20 minutos más tarde, ingresa en UCIp por episodio de rigidez generalizada y Glasgow de 5 puntos que requiere intubación orotraqueal. En el TAC se visualizan áreas hipodensas difusas localizadas en región de vermix, pedúnculos y hemisferios cerebelosos con afectación edematosa sobre el acueducto de Silvio que provoca hidrocefalia supratentorial, con dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo. Los hallazgos fueron compatibles en primer lugar con proceso inflamatorio/infeccioso. Se colocó un drenaje ventricular externo y se inició antibioterapia y Aciclovir hasta tener el resultado negativo del cultivo del LCR, así como dexametasona como medida antiedema. En la RM, la afectación leptomeníngea difusa, del espacio subaracnoideo e intramedular como lesión primaria planteó el diagnóstico diferencial con parasitosis crónica vs etiología tumoral, por lo que se realizó biopsia de lesiones cerebrales con resultado compatible con "Tumor glioneuronal leptomeníngeo difuso". Ante la posibilidad de tetraparesia aun con control neurofisiológico durante la resección de la lesión medular y dado el buen estado neurológico que presentaba, se decidió iniciar quimioterapia para estabilización tumoral sin intervención quirúrgica. Por lo tanto, ante un cuadro de lesiones leptomeníngeas debe de incluirse en el diagnóstico diferencial esta rara entidad tumoral y realizarse de forma precoz el estudio histológico de las mismas.



COMUNICACIÓN 03

TUBERCULOSIS GANGLIONAR CON AFECTACIÓN PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Hernando Marín Lucía ; Plaza Astasio Virginia ; Barroso Mifsut Ricardo ; Manzanares García Diego ;

Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis, producida por *Mycobacterium tuberculosis*, es la enfermedad infecciosa más importante en el mundo y la primera causa de mortalidad infecciosa. El diagnóstico se realiza a través de la prueba de tuberculina, la Rx de tórax y la PCR en muestras respiratorias o jugos gástricos. El tratamiento actual de la profilaxis postexposición se realiza con Isoniazida durante 6-9 meses y el de la enfermedad activa se lleva a cabo con cuatro fármacos (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol) durante una fase inicial de 2 meses y con dos fármacos durante 4 a 10 meses, vigilando la adherencia al tratamiento para evitar resistencias y conseguir la curación del paciente.

RESUMEN DEL CASO:

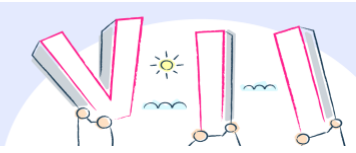
Paciente de 6 años derivado por su pediatra tras objetivar tumoración latero-cervical izquierda dolorosa asociada a picos febriles aislados en los últimos 10 días. No sudoración. No pérdida de peso. No sintomatología respiratoria. Se solicita estudio analítico que resulta anodino, Mantoux positivo (20 mm) y ecografía cervical que informan como sugestiva de infección tuberculosa. EF: TEP estable. ACP normal. Masa adenopática laterocervical anterior baja izquierda de 5 x 3 cm de consistencia indurada, además de múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales y axilares rodaderas < 1 cm. Pruebas complementarias:

- Biopsia excisional con microbiología y AP confirmando por PCR WGS detección del complejo micobacterium tuberculosis.
- TAC torácico: Hallazgos compatibles con TBC pulmonar y ganglionar mediastínica.

Tratamiento antituberculoso inicial: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol y se inicia estudio de convivientes cercanos. Después de 1 mes de tratamiento médico óptimo permanece con buen estado general, asintomático, afebril, sin sintomatología respiratoria ni de otro tipo y sin aparición de nuevas adenopatías.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Todos los pacientes con sospecha de TBC deben ser estudiados y clasificados como expuestos, infectados o enfermos. A pesar de la inespecificidad clínica y la menor rentabilidad de las pruebas diagnósticas en los niños es importante realizar un tratamiento precoz ya que estos presentan más riesgo de progresión a enfermedad y de diseminación. Es fundamental realizar una búsqueda activa de todos los posibles contactos con la ayuda de medicina preventiva para frenar la cadena epidemiológica.



COMUNICACIÓN 04

TIÑA CAPITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Labrador Carrillo Fernando ; Astudillo Lira Daniela Valentina ; Manzanares García Diego

Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción:

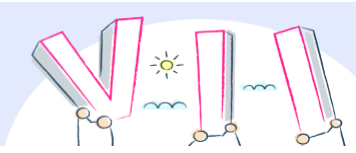
La Tiña Capitis (TC) es la infección del cuero cabelludo provocada por dermatofitos del género *Microsporum* y *Trichophyton* predominantemente, siendo los zoófilos más habituales en niños y adolescentes. Es la primera causa de alopecia en la infancia. La presentación clínica puede ser inflamatoria o no. El curso de la infección dependerá de la rapidez y el grado de respuesta inflamatoria ante la infección. La tiña inflamatoria o Querion de Celso (QC) está causada principalmente por *M. canis*, cursa con placas eritematoescamosas, caída o no del pelo que evoluciona rápidamente a placa dolorosa con folículos abiertos y pústulas, suele acompañarse de adenopatías cervicales. El diagnóstico es clínico-epidemiológico siendo fundamental la toma de cultivos para su confirmación, siendo el tratamiento de elección Griseofulvina.

Caso clínico:

Paciente masculino de 5 años, procedente de Marruecos, sin antecedentes médicos. Inicia posterior a corte de pelo lesiones generalizadas en cuero cabelludo pustulosas abscesificadas, contenido serohemático algunas costrosas con alopecia total asociado pico febril autolimitado y adenopatías cervicales. Asocia leucocitosis con predominio neutrofílico, PCR discretamente elevada. Ante planteamiento diagnóstico QC vs pustulosis, toman muestras para cultivo e inician tratamiento con amoxicilina- ácido clavulánico intravenoso, itraconazol, corticoides intravenoso, ketoconazol gel, drenaje y curas periódicas durante 7 días, ante evolución tórpida derivan a nuestro centro. Ingres a planta de hospitalización, se recibe resultado de cultivo microbiológico compatible con *M. canis*. Se inicia tratamiento con itraconazol hasta disponibilidad de griseofulvina oral, amoxicilina con ácido clavulánico intravenoso y corticoterapia oral por 8 días. Ante ausencia de clínica infecciosa y mejoría de parámetros inflamatorios asociado a buena evolución de las lesiones, se decide alta médica con tratamiento ambulatorio (griseofulvina, deflazacort y amoxicilina con ácido clavulánico) y control ambulatorio por dermatología.

Conclusión:

Los movimientos migratorios han aumentado durante los últimos años, lo cual ha ocasionado una evolución en la epidemiología y comportamiento de TC dentro del país. Por lo que se vuelve imprescindible incidir en su correcto diagnóstico, tratamiento y profilaxis, puesto que, de no ser así, existe el riesgo que su prevalencia pueda aumentar alcanzando proporciones de epidemia en un futuro próximo.



COMUNICACIÓN 05

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A INFECCIÓN POR SARS COV-2 EN PEDIATRÍA

Autores: Morillas Mingorance Ángel ; Monereo Moreno Isabel; López Contreras Isabel
Centro de trabajo: Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (Granada)

INTRODUCCIÓN:

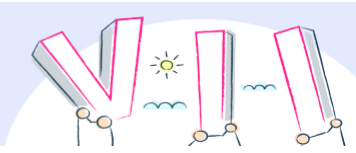
El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida en el mundo. Se trata de una polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria caracterizada por parestesias dolorosas, debilidad simétrica ascendente y reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes. La clínica es heterogénea, incluyendo formas graves, con afectación de pares craneales y debilidad de músculos respiratorios. El SGB representa una enfermedad autoinmunitaria desencadenada por un agente infeccioso, debido a inmunidad cruzada entre diferentes antígenos víricos y los glucolípidos del nervio periférico al que afectan. Los patógenos más asociados al SGB son los virus, como el de *Epstein-Barr*, gripe, *citomegalovirus*, *enterovirus*, etc. En niños, aunque es muy infrecuente, el SARS CoV-2 se ha postulado actualmente como uno de los virus responsables.

CASO CLÍNICO:

Varón de 5 años de origen marroquí y sin antecedentes de interés que ingresa por dolor y debilidad en miembros inferiores. El cuadro comienza 9 días antes, acudiendo en varias ocasiones a Urgencias por un cuadro pseudogripal con hiporexia y mialgias secundarias a una probable infección viral. A la exploración destaca regular estado general, con espiración alargada en la auscultación, debilidad en miembros inferiores, marcha inestable e hiporreflexia. La PCR de SARS CoV-2 al ingreso resulta positiva. Durante su estancia se realizan múltiples pruebas diagnósticas, destacando un análisis de LCR con disociación albúmino-citológica y un electromiograma con sospecha de neuropatía sensitivo-motora axonal aguda. El resto de pruebas, incluyendo autoinmunidad, serologías de múltiples patógenos, botulismo y estudio de parálisis flácida, fueron normales. El paciente, aunque pasó varios episodios de dificultad respiratoria moderada, se mantuvo estable. Tras iniciar tratamiento con inmunoglobulina intravenosa se observa clara mejoría y recuperación general progresiva, dándose de alta con tratamiento rehabilitador a los 20 días del ingreso.

CONCLUSIONES:

La prevalencia del SGB asociado a la infección por SARS CoV-2 aún se desconoce, especialmente en la población pediátrica. El SGB en pacientes pediátricos con infección por SARS CoV-2 se parece clínica y electrofisiológicamente a las formas clásicas. El SGB se considera una patología infradiagnosticada que puede dejar secuelas neurológicas importantes. Es necesario un alto índice de sospecha y la realización de pruebas específicas para diagnosticarla.



COMUNICACIÓN 06

SERIE DE CASOS DE SIM-PEDS

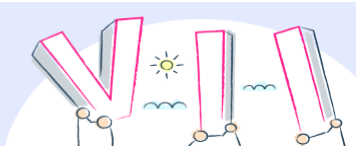
Autores: Ruiz Arevalo Iván ; Pavón Díaz Pablo ; Labrador Carrillo Fernando ; Ferrera Méndez Javier **Centro de trabajo:** Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico asociado a SARS-CoV-2 (SIM-Peds) es un trastorno inflamatorio grave que se presenta tras infección reciente por SARS-CoV-2. Se pretenden describir las características clínicas y analíticas de los casos derivados al alta con diagnóstico de SIM-Peds en el HU Reina Sofía (Córdoba) mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

RESUMEN:

Se analiza la historia clínica de 11 pacientes derivados al alta con diagnóstico de SIM-Peds, con un predominio de pacientes varones y una edad media de 8,27 años en la muestra. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron la fiebre (100% de los pacientes), seguidas de los síntomas digestivos, definidos como dolor abdominal, diarrea o vómitos. Otras manifestaciones comunes fueron la afectación conjuntival, así como el exantema. Con menor frecuencia aparecieron otras alteraciones descritas en relación a este síndrome como la afectación respiratoria, neurológica, coronaria o el shock. La mayoría de pacientes cumplían criterios de SIM-Peds Kawasaki-like. Analíticamente la mayoría de los pacientes presentaban leucocitosis con neutrofilia y linfopenia asociadas; una mayoría de los pacientes presentaba anemia al inicio del cuadro, así como trombocitosis. A nivel bioquímico la hiponatremia y la hipoalbuminemia fueron la norma; no se detectaron sin embargo alteraciones significativas en los valores de las transaminasas. Otros marcadores inflamatorios (PCR, procalcitonina y ferritina) y de función cardíaca (troponina I y NT-proBNP) se detectaron elevados en la mayoría de los pacientes. A nivel de la coagulación las elevaciones del Dímero D y fibrinógeno fueron las alteraciones más frecuentes. Como tratamiento, todos los pacientes recibieron inmunoglobulina intravenosa y corticoterapia. La mayoría de ellos precisó de AAS a dosis antiinflamatoria durante los primeros días, con posterior descenso a dosis antiagregante durante varias semanas. Una minoría de estos pacientes precisó ingresos en UCI y de terapia anticoagulante para el manejo de la enfermedad. La estancia hospitalaria media de los pacientes fue menor a una semana. En controles analíticos posteriores se normalizaron de forma significativa los valores del hemograma, los marcadores inflamatorios y de función cardíaca; así como de los niveles de sodio y albúmina y los parámetros de la coagulación.



COMUNICACIÓN 07

SD. KOOLEN DE VRIES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Autores: Hernando Marín Lucía ; Gutiérrez Fernández Sara ; Pérez Ortiz Lucía ; Ortiz Mesa Elena ;
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN:

El Sd. Koolen de Vries es una enfermedad genética infrecuente producida por una microdelección del cromosoma 17q21.31. Se caracteriza por hipotonía generalizada desde los primeros meses de vida y un fenotipo peculiar (frente amplia, pirámide nasal ancha y epicantus). Pueden asociar alteraciones valvulares cardíacas, nefrourológicas y principalmente del sistema nervioso central entre las que destacan crisis epilépticas hasta en un 80% de los casos.

RESUMEN DEL CASO:

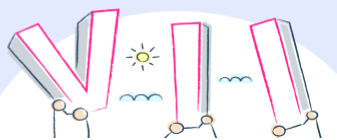
Paciente de 1 mes de vida que en la primera consulta rutinaria realizada por su pediatra de AP destaca por la presencia de una facies peculiar con una desproporción cráneo-facial, frente ancha y orejas de implantación baja; hipotonía generalizada y ausencia de algunos reflejos propios del recién nacido. No antecedentes familiares ni perinatales de interés. Se deriva a hospital de referencia donde se realiza:

- Análítica sanguínea y de orina con todos los parámetros dentro de la normalidad. Hemocultivo negativo.
- Rx de tórax normal.
- Punción lumbar sin alteraciones.
- RMN craneal: Moderada dilatación del sistema ventricular, pequeñas imágenes microquísticas en sustancia blanca periventricular con pérdida de volumen de SB. Agenesia del cuerpo calloso.
- Estudio genético de CGH arrays: Microdelección del cromosoma 17.

Evolución del paciente: A los 4 años presenta un retraso en el desarrollo del lenguaje, en la adquisición de habilidades, y torpeza motora. A los 5 años comienza a presentar episodios ocasionales de epilepsia focal con desconexión del medio. Retraso del desarrollo ponderoestatural, ligero sobrepeso y estrabismo convergente. Seguimiento por parte de diferentes especialistas: Neurología (EEG vigilia: Actividad focal de puntas en región central izquierda), Digestivo (Ecografía abdominal normal), Oftalmología (Distrofia de conos), Cardiología (Ecocardiograma y ECG sin alteraciones reseñables), Psiquiatría (TDAH con predominio de hiperactividad).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

- El Sd. Koolen de Vries es una enfermedad rara que se manifiesta desde el nacimiento y puede afectar a múltiples órganos y sistemas.
- La poca prevalencia y la ausencia de signos y síntomas patognomónicos hacen que esta enfermedad sea de difícil diagnóstico y de baja sospecha clínica.
- Su abordaje terapéutico requiere una valoración multidisciplinar por parte de diferentes especialistas y un seguimiento individualizado de cada caso.



COMUNICACIÓN 08

QUÉ PENSAR ANTE UNA OTORREA PERSISTENTE Y ADENOPATÍAS EN UN LACTANTE

Autores: Suay Torres Maria Teresa ; Noguera Julian Antoni ; Solito Claudia ;
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Introducción:

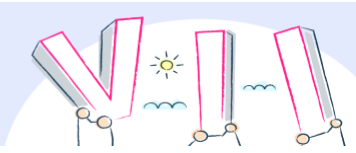
Paciente de 3 meses nacido en España de familia paquistaní que consulta por otorrea de 20 días de evolución y adenopatías periauriculares y cervicales bilaterales. Ha recibido 10 días de amoxicilina-clavulánico oral a 80 mg/kg/día y 7 días de ciprofloxacino ótico, sin mejoría.

Resumen del caso:

El paciente presenta otorrea bilateral y conglomerados adenopáticos laterocervicales bilaterales con centro necrótico en la ecografía. Es valorado por otorrinolaringología, observando ocupación del CAE por contenido polipoide que se biopsia (mostrando contenido inflamatorio). La analítica sanguínea muestra leucocitosis con neutrofilia leve; se recoge cultivo de secreción ótica (donde crece *Rothia mucilaginosa*). Se ingresa para ampliar estudio. La radiografía de tórax muestra lesión nodular en lóbulo superior derecho. La TC pulmonar objetiva nódulos pulmonares bilaterales y adenopatías hiliares con efecto masa sobre el bronquio principal derecho. La TC cervical muestra también múltiples adenopatías laterocervicales altas y destrucción de ambos peñascos con evidencia de una colección retromastoidea izquierda. Se plantea como diagnóstico diferencial una histiocitosis vs. afectación infecciosa en contexto de posible inmunodeficiencia vs. enfermedad tuberculosa. Se realiza mastoidectomía izquierda y biopsia de adenopatía retroauricular, compatible con inflamación granulomatosa. Se cursan IGRA y prueba de tuberculina, ambas con resultado negativo. Se realiza biopsia de médula ósea (sin alteraciones) y se inicia antibioterapia empírica con meropenem y vancomicina. Finalmente, se recoge muestra de jugo gástrico que es positiva para *Mycobacterium tuberculosis* por técnicas de PCR. Se suspende el tratamiento antibiótico y se inicia tratamiento antituberculoso estándar y corticoterapia oral. Dada la edad y la afectación diseminada, se completa estudio con punción lumbar, fondo de ojo y RMN craneal (que resultan normales) y se obtienen muestras de heces y orina para cultivo de micobacterias. Previo al alta se realiza estudio inmunológico que no muestra alteraciones.

Conclusiones y comentarios:

La tuberculosis sigue siendo una enfermedad presente en nuestro medio que requiere una alta sospecha para su diagnóstico. En niños la forma más frecuente es la pulmonar, aunque en menores de un año y pacientes inmunodeprimidos pueden presentar formas diseminadas. En lactantes con tuberculosis diseminada hay que descartar inmunodeficiencia primaria.



COMUNICACIÓN 09

OSTEOMIELITIS POR *GORDONIA SPUTI* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Manzanares Garcia Diego ; Ortiz Mesa Elena ; Gutiérrez Fernández Sara ; Plaza Astasio Virginia ; Hernando Marín Lucía ; Barroso Misfut Ricardo ; Pérez Ortiz Lucía ;
Centros de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción:

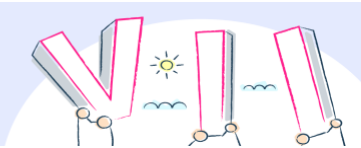
Las infecciones osteoarticulares son una causa frecuente de morbimortalidad en el paciente pediátrico, siendo más frecuente la osteomielitis aguda. Estas son más frecuentes en niños varones, menores de 5 años previamente sanos, aunque hay determinadas circunstancias que predisponen a su aparición. A continuación, presentamos un caso de osteomielitis en una paciente inmunocompetente por un patógeno oportunista.

Caso clínico:

Niña de 6 años sin antecedentes de interés con cuadro de dolor e impotencia funcional de 2 meses de evolución en dorso del pie derecho sin asociar fiebre. En las pruebas analíticas realizadas no presentó alteraciones, pero tras realización de distintas pruebas de imagen se apreciaron hallazgos que orientaban hacia osteomielitis del 4º metatarsiano. Se inició antibioterapia empírica con distintas pautas no presentando mejoría clínica. Dada la escasa respuesta se realizó una biopsia ósea en el que se identificó un microorganismo bacilo gram-positivo de crecimiento lento y difícil identificación por lo que se decidió iniciar antibioterapia con Linezolid. Finalmente se identificó en cultivo *Gordonia sputi*, pautando Ciprofloxacino como tratamiento al alta. Presentó una evolución favorable, encontrándose asintomática desde la suspensión de antibioterapia.

Comentarios:

El género *Gordonia* son actinomicetos aerobios que producen infecciones principalmente en pacientes inmunodeprimidos y/o en portadores de catéteres intravasculares permanentes. Existen pocos casos que hayan producido infecciones en pacientes inmunocompetentes, como es el caso comentado anteriormente.



COMUNICACIÓN 10

NO TODO LO QUE CAUSA EL NEUMOCOCO ES NEUMONÍA: REVISIÓN DE DOS CASOS DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO (SHUA) ASOCIADO A *S. PNEUMONIAE*

Autores: Valls Ramon-Cortes Joan; Hernández García María
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Caso 1

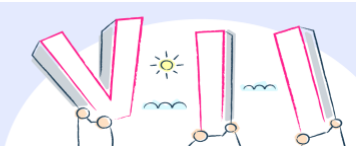
Lactante de 20 meses con fiebre de 4 días y cuadro catarral. Se realiza radiografía de tórax que muestra neumonía con derrame pleural y analítica en la que destaca bicitopenia (hemoglobina 6.3 g/dl, plaquetas 21000/mm³), elevación de reactantes de fase aguda (RFA), alteración de la función hepato-renal y parámetros de hemólisis. Presenta aumento del distrés respiratorio requiriendo ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para ventilación no-invasiva (VNI) y drenaje pleural. En el líquido pleural se obtiene PCR positiva para *S.pneumoniae* (serotipo 3). Presenta empeoramiento progresivo de la función renal con fracaso renal agudo anúrico que requiere terapia renal sustitutiva con hemodiálisis, hemofiltración veno-venosa continua y tratamiento antihipertensivo. Con el tratamiento dirigido presenta mejoría progresiva de la función renal hasta completa normalización y buen control tensional.

Caso 2

Lactante de 10 meses con fiebre de 3 días y dificultad respiratoria. Se realiza radiografía de tórax objetivando pleuroneumonía, y analítica sanguínea que muestra leucocitosis y elevación de RFA. Se inicia oxigenoterapia de alto flujo y ampicilina endovenosa. Presenta empeoramiento clínico-analítico progresivo, se traslada a UCI y se escala soporte a VNI, con colocación de drenaje pleural. Se obtiene hemocultivo positivo para *S.pneumoniae* (serotipo 3). En controles analíticos destaca anemia hemolítica (Hemoglobina 3.9 g/dl) y plaquetopenia (6000/mm³), precisando transfusiones de hemoderivados. Presenta oliguria resistente a diuréticos y empeoramiento de la función renal requiriendo hemodiálisis y hemofiltración. Progresivamente, presenta mejoría clínico-analítica con recuperación completa de la función renal precisando al alta únicamente tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones:

- El SHUA asociado a *S.pneumoniae* representa al 5-15% de los casos de SHU, afectando generalmente a menores de 2 años.
- La presentación clínica más habitual es la neumonía, habitualmente complicada.
- La tríada: anemia hemolítica, plaquetopenia e insuficiencia renal, nos debe hacer sospecharlo.
- El tratamiento es fundamentalmente de soporte (diálisis hasta en 70-80% de los casos) y antibioterapia.
- Presenta una alta morbi-mortalidad, por lo que es fundamental un alto índice de sospecha e instaurar el tratamiento precozmente.
- La incidencia de enfermedad neumocócica invasiva ha disminuido tras la introducción de la vacuna antineumocócica 13-valente, sin embargo, algunos serotipos vacunales como el 3 siguen siendo una causa frecuente.



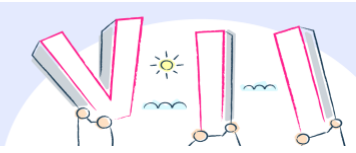
COMUNICACIÓN 11

NO ES FUNCIONAL TODO LO QUE RELUCE

Autores: Ballesteros Lopez Berta ; Soler Garcia Aleix

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Paciente de 14 años que ingresa por dolor abdominal de unos 6 meses de evolución con pérdida de peso asociada. Nacido en Perú, llegó a España dos años atrás. Antecedentes de interés: nacido a término; hidrocefalia por sangrado intraventricular no filiado al mes de vida con requerimiento de ventriculostomía; talla baja; y situación de violencia de género e intradoméstica. Había ingresado 4 meses atrás por dolor abdominal y deposiciones dispépticas. Se realizó ecografía abdominal (normal). A nivel analítico presentó linfopenia e hipertransaminasemia leves y coprocultivo y parásitos en heces negativos. Se objetivó restricción alimentaria, con ganancia ponderal tras asegurar ingesta. Asimismo, presentó deposiciones normoformadas y normalización de la linfopenia. Por ello, se decidió alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio. Durante el seguimiento se objetiva una pérdida de peso progresiva (10Kg), asociada a rechazo de la ingesta. Reingresa para ampliar estudio, sospechando un trastorno de conducta alimentaria. A la exploración física destacan signos de desnutrición, acropaquias bilaterales y crepitantes finos en bases. Además, presenta un discurso lento y bradipsiquia. Analíticamente destaca anemia normocítica, hipergammaglobulinemia, reaparición de la linfopenia e hipertransaminasemia. Se objetivan deposiciones dispépticas, por lo que se repiten coprocultivo y parásitos, que resultan negativos, y se amplía estudio con PCR múltiple en heces, positiva para *Cryptosporidium*. Ante paciente con infección sintomática por *Cryptosporidium* y signos analíticos de posible inmunosupresión secundaria (linfopenia e hipergammaglobulinemia), se solicita serología de VIH que resulta positiva. Se corrobora mediante Western-Blott y PCR (carga viral: 300.000 unidades/ml). Se amplía estudio mediante poblaciones linfoides (CD4: 156 unidades/ml), ecografía abdominal (normal), TAC torácico (patrón micronodular centrolobulillar y bronquiectasias cilíndricas sugestivas de infección crónica), resonancia magnética craneal (atrofia cerebral) y cribaje microbiológico de infecciones oportunistas (PCR positiva para Citomegalovirus en plasma y *S. aureus* en BAL). Ante paciente con criterios de SIDA, se inicia tratamiento antiretroviral (Tenofovir/Emtricitabina/Bictegravir), con buena tolerancia, objetivando buena ganancia ponderal y ascenso de la cifra de CD4. Este caso nos parece relevante para destacar que la funcionalidad debe ser un diagnóstico de exclusión, siendo obligatorio descartar organicidad. Asimismo, queremos destacar la importancia de filiar correctamente la etiología de la linfopenia, como marcador de inmunodeficiencia.



COMUNICACIÓN 12

NEUMONÍA POR SARS-COV2 EN LACTANTES: UNA ENTIDAD A VALORAR

Autores: Pavón Díaz Pablo ; Labrador Carrillo Fernando; Ferrera Méndez Javier; Ruiz Arévalo Iván
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción y objetivos:

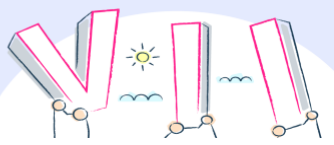
Paciente femenina de 44 días de vida, sin antecedentes gestacionales ni personales de interés. Acude derivada por cuadro de bronquiolitis moderado, según la escala de San Joan Deu, con persistencia de trabajo respiratorio (Tiraje a 3 niveles, taquipnea con SatO₂ de 93%), a pesar de Oxigenoterapia a Alto Flujo (OAF).

Resumen del caso:

Al ingreso se realizó analítica sanguínea en la que se destaca una leucocitosis de $24,98 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Neutrófilos $9,38 \times 10^3/\mu\text{L}$, Linfocitos $8,95 \times 10^3/\mu\text{L}$, Monocitos $2,65 \times 10^3/\mu\text{L}$) con una Proteína C Reactiva de 15,3 mg/L; así como, una PCR de 16 virus respiratorios donde únicamente se mostró positividad al SARS-COV2. Durante el ingreso presentó picos de febrícula hasta el día +4 de ingreso. Ingesta con lactancia materna disminuida, que precisó aportes por sonda nasogástrica. En el apartado respiratorio hasta el día + 5 de ingreso precisó OAF (Máximo de 7 litros por minuto (lpm) con una FiO₂ de 0,4) cuyos requerimientos fueron disminuyendo. El día +6 comenzó nuevamente con mayor dificultad respiratoria, una auscultación cardiopulmonar con crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares, no presentes en exploraciones previas. Ante el empeoramiento clínico se realizó una radiografía de tórax anteroposterior y lateral en la que se objetivó infiltrados algodonosos bilaterales periféricos y centrales. Tras descartar sobreinfección por Gripe se diagnosticó de neumonía por SARS-COV2. Comenzó tratamiento con prednisolona 1 mg/kg/día que mantuvo durante 10 días presentando una evolución favorable pero paulatina. Se retiró la OAF el día +13 de ingreso, precisando como soporte respiratorio gafas nasales a 2 lpm hasta el día +18. Finalmente se dio de alta el día +20 de ingreso.

Conclusiones y comentarios:

La neumonía provocada por SARS-COV2 es una entidad poco frecuente en lactantes y con una presentación clínica variable. Habría que plantearla en pacientes que presenten cuadros de bronquiolitis cuyo agente etiológico sea el SARS-COV2 y cuya evolución sea desfavorable. La radiografía de tórax, junto a la exploración puede llevarnos a su diagnóstico, habiendo descartado otros cuadros más prevalentes como gripe o sobreinfección bacteriana. El tratamiento se basa en el soporte respiratorio, corticoterapia y la rehabilitación respiratoria.



COMUNICACIÓN 13

NEUMONIA NECROTIZANTE: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Ferrera Méndez Javier ; Pavon Díaz Pablo; Ruiz Arévalo Ivan; Labrador Carrillo Fernando

Centros de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba;

INTRODUCCION:

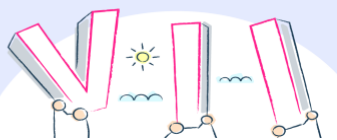
A continuación, presentamos un caso clínico de una neumonía típica adquirida en la comunidad que se complica en una neumonía necrotizante. Objetivos: Diferenciar entre patrón radiológico de ambos tipos de neumonía. Entender la importancia del control de constantes y signos y síntomas. Conocer la diferente posología en neumonías comunes y necrotizantes según los microorganismos que pretendemos cubrir.

RESUMEN DEL CASO:

Paciente de dos años que acude por fiebre de 4 días de evolución y signos de dificultad respiratoria y dolor abdominal y episodios de tos húmeda. A la exploración se objetiva hipoventilación en pulmón izquierdo por lo que se decide pedirle una placa de tórax. Esta se informa de una condensación típica de lóbulo inferior izquierdo, así que ingresa en planta de hospitalización con diagnóstico de neumonía típica de patrón bacteriano. Se decide iniciar tratamiento con Ampicilina IV a dosis de 100 mg/kg/día para cubrir una probable infección por neumococo. A los cinco días de tratamiento nos encontramos con una persistencia de la fiebre con picos de hasta 38°C y una mejoría clínica muy leve, con accesos de tos manchados en hebras de sangre. En una nueva analítica encontramos también continuidad de PCR elevada por lo que se decide hacer una nueva radiografía. A nuestra sorpresa, se observa condensación con áreas de cavitación con mínimo derrame asociado, compatibles con patrón de neumonía necrotizante. Por tanto, decidimos cambio de estrategia antibiótica, con cefotaxima (200 mg/kg/día) y clindamicina (40 mg/kg/día) para una mayor cobertura. Con ello conseguimos que la paciente se quede afebril y una mejoría clínica notable. Además, deja de apreciarse hipoventilación en base de pulmón izquierdo. Con todo ello pudo remitirse al alta con tratamiento antibiótico a vía oral.

CONCLUSIONES:

Ante una neumonía que no mejora con tratamiento antibiótico, hay que plantear un control analítico o radiológico para descartar una complicación: empiema o neumonía necrotizante. Fundamental el control de constantes y de temperatura, además de signos y síntomas para descartar complicaciones. Cuando una neumonía se vuelve necrotizante, hay que ampliar la cobertura antibiótica para microorganismos anaerobios.



COMUNICACIÓN 14

NEUMONÍA COMPLICADA BACTERIANA POR *STREPTOCOCCUS ANGINOSUS*

Autores: Gutiérrez Fernández Sara ; Ortiz Mesa Elena; Pérez Ortiz Lucía; Plaza Astasio Virginia
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción y objetivos:

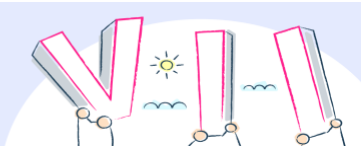
A continuación, presentamos un caso de neumonía de origen comunitario inusual en cuanto a microorganismo causal.

Resumen del caso:

Varón de 11 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en planta por dolor torácico y abdominal en hipocondrio derecho intermitente de dos semanas de evolución, con tos ocasional, que en las últimas horas asocia fiebre de hasta 39.6°C, dos vómitos aislados y dificultad respiratoria. A la exploración física, hipoventilación en hemicampo pulmonar inferior derecho y leve tiraje subcostal, manteniendo buena saturación de oxígeno con gafas nasales a 2 L/min. 18470/ μ L leucocitos, 15110/ μ L neutrófilos, PCR 96.6 mg/L y condensación pulmonar en base pulmonar derecha con derrame pleural en radiografía. A su ingreso en planta se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con Cefotaxima (200mg/kg/día). Ante derrame pleural derecho extenso en ecografía se realiza toracocentesis con colocación de tubo de drenaje pleural en quirófano y se inicia tratamiento fibrinolítico con Urokinasa durante 3 días. En líquido pleural se aísla *Streptococcus intermedius* sensible a Penicilina, Ampicilina, Cefalosporinas y Clindamicina. A los 5 días de tratamiento antibiótico cede la fiebre desescalándose a Ampicilina (300mg/kg/día). A los 3 días de la desescalada reaparece la fiebre, con PCR 181.4 mg/L y derrame pleural tabicado en ecografía. Se escala de nuevo a Cefotaxima (200mg/kg/día) y se inicia nuevo ciclo de tratamiento fibrinolítico. A los 2 días se añade Clindamicina (40mg/kg/día), cediendo la fiebre a las 48 horas. Se retira tubo de drenaje pleural a los 13 días de ingreso y se mantiene tratamiento antibiótico intravenoso hasta un total de 18 días. Al alta se continúa tratamiento antibiótico vía oral con Clindamicina (20mg/kg/día) durante 7 días.

Conclusiones y comentarios:

Streptococcus intermedius pertenece al grupo *Streptococcus anginosus* y forma parte de la flora orofaríngea. Éste puede aspirarse junto con otros anaerobios y causar neumonías, abscesos pulmonares, empiemas y/o mediastinitis. Tiene capacidad de atravesar tejidos y cursa a menudo con formación de abscesos que requieren drenaje. Es habitualmente sensible a Betalactámicos (Amoxicilina, Cefazolina, Ceftriaxona), Macrólidos y Clindamicina.



COMUNICACIÓN 15

MENINGITIS NEONATAL POR VIRUS HERPES HUMANO 6

Autores: Hernández León Irene ; Ruiz Alcántara Irene; Amat Madramany Ana; Alfonso Diego Julia; González Muñoz Ángel; Bueno Sánchez María Elisa; Cardete Pascual Irene; García Candel Sara

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Ribera

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

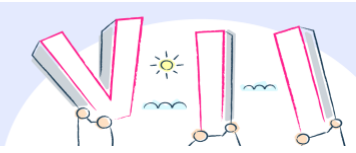
El VHH-6 (virus herpes humano 6) habitualmente causa infección en niños entre los 6 meses y los 2 años, en forma de exantema y/o fiebre. Es por ello que la mayor parte de la población adulta es inmune al mismo. Se trata de una infección rara en el periodo neonatal debido al paso de anticuerpos IgG transplacentarios de la madre al recién nacido. No obstante, existe un pequeño porcentaje de embarazadas no inmunes frente al VHH-6, siendo sus hijos vulnerables a la infección. Las manifestaciones en el periodo neonatal pueden ser: fiebre, exantema, meningoencefalitis, etc. No obstante, son pocos los casos que requieren tratamiento.

RESUMEN DEL CASO:

Neonato varón de 18 días de vida. Presentaba irritabilidad, febrícula y rechazo de las tomas. En la exploración física destacaba fontanela anterior abombada. Se realizó analítica sanguínea con reactantes de fase aguda elevados y punción lumbar, obteniéndose líquido cefalorraquídeo cristalino, a elevada presión. Se solicitó PCR multiplex que fue positiva para VHH-6. Se realizó electroencefalograma y resonancia magnética, siendo ambos normales para la edad del paciente. Durante el ingreso cesó la clínica inicial y se mantuvo estable, sin iniciar en ningún momento clínica neurológica. Por todo ello no precisó iniciar tratamiento antiviral. Dada la buena evolución fue dado de alta a los 5 días de ingreso.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Debido a los avances en los métodos de estudio de muestras se detectan nuevos microorganismos. Es el caso del VHH-6, que ha de valorarse en el diagnóstico diferencial de la patología neonatal. No obstante, debe interpretarse con cautela, puesto que no siempre será el agente causal ni precisará tratamiento. Según la literatura se iniciará tratamiento con ganciclovir intravenoso en pacientes inestables, con sintomatología neurológica o alteraciones en el electroencefalograma o prueba de imagen. Por tanto, la conclusión es que el VHH-6 puede causar patología neonatal diversa, incluyendo meningoencefalitis. No obstante, no precisa tratamiento en todos los casos. Este conocimiento se debe a la aparición de técnicas diagnósticas más sensibles. Es decir: para ser considerado agente causal único en neonatos deberán excluirse otras causas potencialmente más graves.



COMUNICACIÓN 16

MANEJO INTERDISCIPLINAR DE UN CASO DE APLASTAMIENTO PÉLVICO POR EL PEDIATRA HOSPITALARIO

Autores: Guardiola Olmos José Ángel ; Pino Ruiz Elisa María; Galán Lozano Raquel; Nicolás Martínez Aránzazu; Jiménez Jativa Nekane; Bastida Sánchez Encarnación

Centro de trabajo: Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción y objetivos:

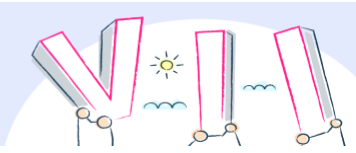
Se denomina politraumatismo al daño corporal resultante de un accidente que afecta a varios órganos o sistemas, o bien, que afecta a uno solo, pero compromete la vida del paciente. Hasta en el 30% de los casos persisten secuelas posteriores que condicionan la calidad de vida del paciente. Se expone un caso de politraumatismo y su manejo interdisciplinar por el pediatra hospitalario.

Resumen del caso:

Escolar de 8 años trasladada por emergencia extrahospitalaria tras ser atropellada por un camión cisterna, provocando estallido pélvico con desgarro de periné, uretra y vagina, y lesiones por abrasión de gran tamaño, entre otras lesiones. Es estabilizada en urgencias e intervenida de forma urgente por cirugía pediátrica y traumatología, permaneciendo 6 días en cuidados intensivos. Es dada de alta a planta para continuación de atención médica. Permaneció estable a nivel hemodinámico y respiratorio durante todo el ingreso. A nivel locomotor, se realizó en primera instancia sutura intraósea de los fragmentos óseos, consiguiendo estabilidad de la cintura pélvica junto con los fijadores externos. Desde el inicio de su estancia en planta, se realizó seguimiento y terapia por rehabilitación y fisioterapia. Se realizaron curas periódicas de las lesiones abrasivas por parte de cirugía plástica. Fue reintervenida por urología infantil para reconstrucción de la zona genitourinaria. A nivel digestivo, se realizó en consenso con gastroenterología una optimización nutricional. A nivel infeccioso, precisó antibioterapia empírica por supuración de los fijadores externos, con buena evolución. Desde su ingreso, se estableció como prioridad el correcto control del dolor, que se realizó con morfina y metamizol. Además, se coordinó a distintos especialistas para aprovechar la analgesedación con ketamina y midazolam IV para realizar varios procedimientos al mismo tiempo, minimizando así los días de intervención y el confort de la paciente en planta. Por último, fue valorada por psiquiatría y psicología infantil por cuadro depresivo secundario, iniciando tratamiento conductual y farmacológico. Fue dada de alta a los 2 meses de ingreso hospitalario.

Conclusiones:

La visión interdisciplinar del pediatra hospitalario permite dotar al paciente de una atención integral y coordinada entre especialistas. Esta sinergia durante el ingreso, continuada con un seguimiento evolutivo en consultas externas, es fundamental en la recuperación del paciente politraumatizado.



COMUNICACIÓN 17

MANEJO INTEGRAL DE DOS CASOS DE NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

Autores: Guardiola Olmos José Ángel ; Pino Ruiz Elisa María; Galán Lozano Raquel; Nicolás Martínez Aránzazu; Gutiérrez Sánchez Elena; Bastida Sánchez Encarnación

Centro de trabajo: Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción y objetivos:

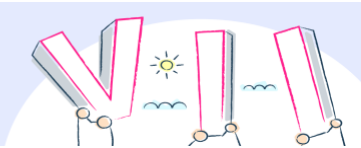
Se considera a la necrólisis epidérmica tóxica (NET) una toxicodermia grave asociada a una gran morbimortalidad. Forma parte del mismo espectro de enfermedad que el Síndrome de Stevens-Johnson, siendo en el caso de la NET la afectación de superficie corporal mayor al 30%. El trigger más común para esta toxicodermia son los fármacos, sin embargo, también se han relacionado microorganismos como el *Mycoplasma pneumoniae*. Presentamos el manejo multidisciplinar e integrado por el pediatra hospitalario de dos casos de NET.

Resumen del caso:

Pacientes de 5 y 6 años, que ingresan en planta de hospitalización con diagnóstico de NET para continuar cuidados, tras ingreso breve de ambos en UCI donde se inició tratamiento de soporte y específico (corticoides + inmunoglobulinas IV). Ambos habían presentado pródromos (fiebre elevada, exantema morbiliforme e inyección conjuntival) antes del inicio del cuadro. En planta, se realizaron curas diarias de piel y mucosas por parte de enfermería, incidiendo en el control de la normotermia. Se utilizó fluidoterapia al 120% de necesidades basales e inicio precoz de nutrición enteral con fórmulas hipercalóricas hiperproteicas por SNG. Bajo la acción coordinada de dermatología y cirugía plástica se realizaron desbridamientos y curas de heridas bajo analgosedación con ketamina y midazolam IV. El control del dolor requirió inicialmente perfusión de fentanilo en ambos casos, pudiendo desescalar a morfina con los días. Se emplearon antibióticos tópicos en las curas de heridas, así como intravenosos por sobreinfección bacteriana comprobada analítica y microbiológicamente en ambos casos. Por parte de oftalmología, se realizó seguimiento estrecho con implantación de membrana amniótica desde el inicio, tratamiento posterior de las sinequias y recanalización de conductos lacrimales. Fueron dados de alta, precisando seguimiento en consultas externas, tras 17 y 30 días de ingreso hospitalario respectivamente.

Conclusión:

Las toxicodermias son patologías raras pero con gran morbimortalidad. A pesar de los avances en terapias específicas, el tratamiento de soporte y la suspensión del fármaco causante (en este caso se atribuyeron a ibuprofeno y paracetamol) siguen siendo los pilares del tratamiento. El manejo interdisciplinar coordinado por el pediatra hospitalario es fundamental para mejorar el pronóstico.



COMUNICACIÓN 18

HIPOGLUCEMIA, MISMA MANIFESTACIÓN DE DISTINTAS ETIOLOGÍAS

Autores: García Martín Leonor ; Ortiz Santamaría María ; Andreu Villalpando Eduardo ; Martín Martín Clara ; González Amor Lara ; López Sánchez Patricia ; Barragán Cirne Inés ; Expósito Raspeño Mónica ; Sánchez Escudero Verónica ; González Vergaz Amparo
Centro de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)

Introducción:

La hipoglucemia es una de las alteraciones metabólicas más frecuentes en pediatría. La causa más frecuente es el ayuno, generalmente de carácter benigno y de fácil resolución. La importancia de la hipoglucemia radica en las posibles complicaciones neurológicas asociadas, por ello, es imprescindible conocer el manejo y el algoritmo diagnóstico de la hipoglucemia persistente o refractaria al tratamiento.

Resumen: Presentamos dos casos de hipoglucemia sintomática refractaria a tratamiento de nuestro hospital.

Caso 1:

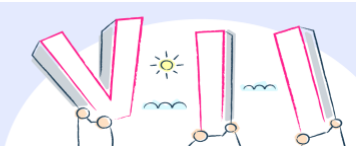
Varón de 18 meses que consulta por irritabilidad, vómitos y polifagia de horas de evolución. Se realiza glucemia capilar de 31 mg/dl, sin corregirse a pesar de la administración de sacarosa oral. Ante obnubilación progresiva del paciente e imposibilidad para canalización de acceso venoso, precisa administración de dos dosis de glucagón intramuscular y, posteriormente, aportes de glucosa intravenosa de 8 mg/kg/min, sin conseguir normoglucemia. Se traslada a UCIP, precisando aportes de hasta 12 mg/kg/min. En el estudio metabólico realizado en hipoglucemia, destaca cetonemia negativa con niveles de insulina de 84.5 UI/mL, péptido-C de 9.94 ng/ml (ambos elevados) y glucosuria. Destaca abuelo con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, vildagliptina, empagliflozina y repaglinida, por lo que se sospecha ingesta de antidiabéticos orales. Alta a las 48h en normoglucemia.

Caso 2:

Mujer de 2 años que ingresa por gastroenteritis aguda para sueroterapia intravenosa. Presenta glucemia capilar de 58mg/dl que corrige con aportes orales. En controles sucesivos, presenta dos hipoglucemias (43 y 50 mg/dl) con cetonemia de 4.9 mmol/L, a pesar de bolo de suero glucosado al 10% y aportes de glucosa intravenosos. Se extrae la muestra crítica para estudio metabólico con hallazgo de GH 1.85 ng/mL, sin otras alteraciones. Destaca además un estancamiento de talla a los 18 meses (-2.5DE a los 26 meses). Se realiza test de clonidina posteriormente confirmándose el déficit de GH idiopático aislado.

Conclusiones:

Ante un cuadro de hipoglucemia refractaria es fundamental conocer las pruebas complementarias necesarias para realizar un adecuado diagnóstico diferencial; es especialmente importante la “muestra crítica” que ha de obtenerse en el momento de la hipoglucemia, para poder realizar un tratamiento etiológico posterior.



COMUNICACIÓN 19

EXANTEMA Y DEBILIDAD MUSCULAR EN LACTANTE DE 22 MESES

Autores: Barroso Mifsut Ricardo ; Plaza Astasio Virginia ; Hernando Marín Lucía ; Gutierrez Fernandez Sara ; Ortiz Mesa Elena ; Pérez Ortiz Lucía ; Manzanares García Diego ;
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

La dermatomiositis juvenil (3 ca/millón; niños 2:1) es una vasculopatía autoinmunitaria con predisposición genética (HLA B8 / DRB1 / DQA1) caracterizada por debilidad muscular proximal simétrica, elevación sérica de enzimas musculares y lesiones cutáneas sugestivas que incluyen el eritema heliotropo y las pápulas de Gottron, normalmente tras un desencadenante infeccioso en las semanas previas.

RESUMEN:

Lactante de 22 meses que consulta por cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por:

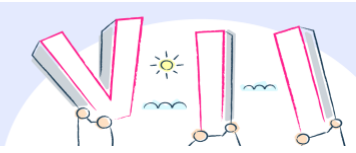
- Lesiones cutáneas faciales levemente pruriginosas, sin fotosensibilidad junto con descamación periungueal y lesiones papulosas en interfalángicas mediales y metacarpofalángicas de ambas manos.
- Rechazo de la deambulación y dificultad para actividades cotidianas (subirse al sillón, correr...) que previamente realizaba.
- En el último mes, fiebre durante 3 semanas de hasta 39°C axilar y febrícula en la última semana previa al ingreso.

En la EF se observa eritema malar descamativo con tonalidad rojoviolácea; en manos presenta intenso eritema periungueal con pérdida de cutícula de la uña con abundante vascularización a nivel ungueal al dermatoscopio junto con lesiones papulosas en interfalángicas proximales y metacarpofalángicas de ambas manos. Debilidad de cintura escapular y pelviana. Ante la sospecha clínica de patología reumatológica, se realiza:

- Hemograma: Normal.
- Creatine Kinasa (CK): 205U/L
- Lactado deshidrogenasa: 653U/L
- Enzimas hepáticas: AST672U/L // ALT 234U/L // FA 297U/L.
- Serologías: Negativas.
- Estudio de autoinmunidad: AclgG anti MDA-5: 54UA (Positivo) // AclgG antinucleares patrón moteado fino 1:80 (Positivo).
- Despistaje de afectación pulmonar, cardíaca y ocular.
- RMN: Miopatía inflamatoria focal en cintura escapular y pelviana.

Con los datos ofrecidos, se diagnostica de dermatomiositis juvenil, comenzando tratamiento con Metilprednisolona IV junto con Pimecrólimus tópico con buena respuesta clínica y analítica.

CONCLUSIONES El diagnóstico de dermatomiositis en la infancia requiere un alto índice de sospecha, aún así debemos tenerlo en cuenta ante cualquier caso de debilidad muscular especialmente aquellos que asocien lesiones cutáneas malares (90-100% de los casos) realizando un diagnóstico diferencial con patologías reumáticas e infecciosas. Una vez aproximado el diagnóstico podemos comenzar tratamiento sin necesidad de esperar a realizar la biopsia muscular como orientan las últimas guías, mejorando así el pronóstico de la enfermedad.



COMUNICACIÓN 20

EVEROLIMUS E INFECCIÓN COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Plaza Astasio Virginia ; Pérez Ortiz Lucía ; Barroso Mifsut Ricardo ; Hernando Marín Lucía ; Díaz Morales, Olga ; Cañuelo Ruiz, Octavio ;

Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN:

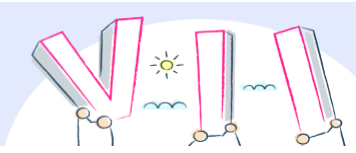
La esclerosis tuberosa (ET) es un trastorno neurocutáneo AD, con expresividad variable, en forma de epilepsia, alteraciones cutáneas y tumores benignos (riñón, cerebro y corazón, principalmente). Cabe destacar el astrocitoma gigantocelular subependimario (SEGA), cuyo tratamiento principal es el everolimus. Sin embargo, dado su perfil inmunosupresor, aumenta la incidencia de infecciones complicadas. El objetivo del siguiente caso es profundizar en el diagnóstico y tratamiento de la neumonía complicada con derrame paraneumónico en un paciente con los antecedentes descritos.

RESUMEN DEL CASO

Varón de 21 meses con ET, SEGA y epilepsia, en tratamiento de base con everolimus, vigabatrina y valproico, ingresa por fiebre de hasta 40°C de 4 días de evolución asociando dificultad respiratoria e hipoventilación en base izquierda a la auscultación. En radiografía de tórax presenta condensación retrocardiaca con derrame pleural izquierdo. En analítica sanguínea llama la atención fórmula leucocitaria normal, anemia e hipertrigliceridemia con PCR de 401,2 mg/L. Al suspender tratamiento con everolimus durante el ingreso, se empieza a ver respuesta leucocitaria. Comienza antibioterapia intravenosa con cefotaxima (200 mg/kg/día). A los 5 días, dada la persistencia de fiebre, dificultad respiratoria progresiva, y ante la posibilidad de neumonía necrotizante según hallazgos clínico-radiológicos, se añade clindamicina (40 mg/kg/día) y se coloca tubo de drenaje transtorácico. Se obtiene líquido con características de exudado, sin septos en control ecográfico. Mejoría parcial, con reinicio de la fiebre a las 48 horas, por lo que se modifica de nuevo pauta de antibioterapia a cefotaxima y vancomicina. Ante el hallazgo positivo de antígeno neumocócico en líquido pleural, se suspende vancomicina y se continúa con cefotaxima. Finalmente, se consigue desescalar a amoxicilina oral (80 mg/kg/día) por buena evolución, hasta completar 4 semanas de antibioterapia, y se reanuda tratamiento con everolimus una vez resuelta la fase aguda de la infección.

CONCLUSIONES:

- El everolimus es un tratamiento inmunosupresor que se debe suspender cuando nos encontremos frente a un proceso infeccioso.
- Ante evolución tórpida de una neumonía, se deben descartar complicaciones como la neumonía necrotizante.
- La detección del antígeno neumocócico en líquido pleural es útil, particularmente, en pacientes que han recibido antibioterapia previa a toracocentesis.



COMUNICACIÓN 22

ENFERMEDAD DE KAWASAKI. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Autores: Gutiérrez Fernández Sara ; Barroso Mifsut Ricardo; Hernando Marín Lucía; Manzanares García Diego

Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción y objetivos:

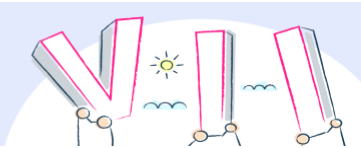
En los últimos meses se ha producido un número de ingresos por enfermedad de Kawasaki particularmente llamativo en nuestro hospital. A continuación, presentamos dos casos peculiares.

Resumen del caso:

Lactante de 2 meses con fiebre de hasta 38°C de 6 días de evolución, que asocia al tercer día, exantema papular confluyente en tronco y cuatro extremidades, inicialmente en pies con edema de éstos y diseminación posterior; y al cuarto día, labios fisurados e hiperemia conjuntival bilateral. Analíticamente: leucocitos 15700/ μ L (linfocitos 5200/ μ L), hemoglobina 8.9 g/dL, plaquetas 361000/ μ L, PCR 117 mg/L, ferritina 528 ng/mL, NT-proBNP 2712 pg/mL, dímero-D 2257 ng/mL, troponina-I 14.85 ng/L. Lactante de 13 meses con fiebre de hasta 39.4°C de 48 horas de evolución, con exantema generalizado, que asocia a las 24 horas, labios fisurados e hiperemia conjuntival bilateral. Analíticamente: leucocitos 15340/ μ L (linfocitos 2870/ μ L), hemoglobina 12.5 g/dL, plaquetas 345000/ μ L, PCR 96.5 mg/L, interleucina-6 319.5 pg/mL, NT-proBNP 1347 pg/mL, dímero-D 2093 ng/mL. En ambos casos se diagnosticó ecográficamente una leve ectasia de la arteria coronaria derecha. Además de la afectación coronaria, ambos cumplieron otros criterios de alto riesgo para enfermedad de Kawasaki grave. En el primer caso, edad de presentación menor de 12 meses, en el segundo, hiponatremia (133 mEq/L) en control analítico.

Conclusiones y comentarios:

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda autolimitada infrecuente en menores de 3 meses y mayores de 5 años que se caracteriza por fiebre durante, al menos, 5 días más otros criterios clínicos y analíticos como los descritos. En el primer caso, llama la atención la edad de presentación, mientras que en el segundo, el tiempo de evolución. Ambos casos evolucionaron favorablemente con Inmunoglobulina intravenosa (2g/kg/día en dosis única); Glucocorticoide (1-2mg/kg/día), inicialmente intravenoso con Metilprednisolona y posteriormente vía oral con Prednisolona; y Ácido acetilsalicílico vía oral, inicialmente a dosis anti-inflamatorias (30-40mg/kg/día) y posteriormente a dosis anti-agregantes (4mg/kg/día).



COMUNICACIÓN 23

DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN ORAL DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO: NO HABLAR NO SIGNIFICA NO TENER NADA QUE DECIR

Autores: Rossich Verdés Romy ; Rodríguez Román Beatriz ; Rello Saltor Victòria ; Tobeña Rué Marc ; Carsi Durall Ariadna ; Morgenstern Isaak Andrés ; Vila Soler Jorgina

Centros de trabajo: Hospital Vall d'Hebron

Introducción y objetivos:

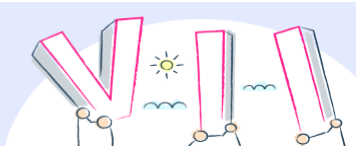
Las dificultades en la comunicación oral afectan a la capacidad de las personas de hablar y/o de ser entendidas. No existe un listado completo que incluya a todas las personas con dificultades en la comunicación oral. Algunos tienen una condición congénita (síndrome de Down, Angelman, Rett, distrofias musculares, enfermedades mitocondriales, etc), un trastorno del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista o ser resultado de complicaciones perinatales (parálisis cerebral infantil), y otros la han adquirido (daño cerebral adquirido, colocación de traqueotomía con balón, etc). Existe evidencia que los pacientes con dificultades de comunicación tienen tres veces más riesgo de sufrir eventos adversos durante un ingreso hospitalario. Debemos tener en cuenta que no poder hablar no significa no tener nada que decir. El objetivo es presentar una serie de casos que muestran la utilidad de los Sistemas Aumentativos y Alternativos de la Comunicación (SAAC).

Serie de casos:

Presentamos 6 pacientes ingresados con dificultades en la comunicación oral con una edad media de 5 años (18 meses -15 años). El 50% (3) presentó la dificultad en la comunicación oral de forma aguda. A destacar que 4 de los 6 pacientes presentaba afectación motora y 2 de los 6 discapacidad intelectual. Sólo un paciente utilizaba SAAC previo al ingreso. En todos ellos se valoró la situación basal y se inició el uso del SAAC más adecuado. En el caso de la paciente que ya utilizaba un SAAC se utilizó el que ya conocía. Se valoraron funciones de la comunicación oral sin soporte y utilizando un SAAC: ningún paciente podía hacer demandas sin soporte y con un SAAC 5 de los 6 pudieron; ningún paciente podía responder preguntas y hablar de uno mismo sin soporte y con un SAAC 5 pudieron responder y 4 hablar sobre ellos mismos.

Comentarios:

Los SAAC permiten de manera eficaz mejorar la comunicación y por lo tanto la seguridad. Es importante conocer estrategias básicas para poder asegurar una comunicación efectiva con pacientes con estas dificultades. No es suficiente que el entorno más cercano del niño lo entienda, comunicarse de forma autónoma es un derecho.



COMUNICACIÓN 24

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UNA LESIÓN EN EL TAC: UNA MALFORMACIÓN INESPERADA

Autores: López Mata Alejandro ; Martín Martín Clara ; López León Ayelen ; García Martín Leonor ; Alonso-Sustacha Alegre María ; González Amor Lara ; Barragán Cirné Inés ; Gómez Garrido Pablo ; Inisterra Viu Lidia ; García García María Luz

Centro de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)

INTRODUCCIÓN:

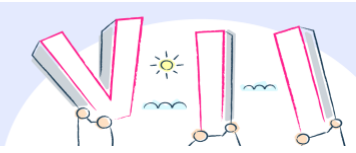
Las malformaciones vasculares cerebrales son infrecuentes en niños. La cavernomatosis múltiple se caracteriza por malformaciones congénitas arteriales intracraneales debidas a alteraciones en el desarrollo del sistema arteriocapilar, pudiendo ser esporádica o familiar. La clínica suele presentarse entre la segunda y la quinta década de vida, siendo los síntomas más frecuentes: crisis convulsivas, déficits neurológicos focales y cefalea. El tratamiento quirúrgico es de elección en cavernomas sintomáticos de fácil acceso.

RESUMEN DEL CASO:

Lactante varón de 11 meses en seguimiento por Neuropediatría por translocación entre el cromosoma 13 y 7 con inversión pericentromérica, rasgos dismórficos y retraso del desarrollo. Antecedentes de estrabismo, ductus arterioso persistente sin repercusión hemodinámica, talla baja y episodio de estatus convulsivo febril con EEG normal en contexto de infección respiratoria 2 semanas antes. Acude al servicio de Urgencias por fiebre de 6 días de evolución con test antigénico Covid-19 positivo, analítica sanguínea sin elevación de reactantes de fase aguda, coprocultivo negativo y hemocultivo dónde se aísla *Enterococcus faecium*. Se decide ingreso iniciándose tratamiento con Ampicilina y Gentamicina. Durante el primer día de ingreso, presenta 3 episodios de desconexión del medio con desviación de la mirada bilateral e hipotonía generalizada, coincidiendo, en una ocasión, con pico febril. Se realiza TAC craneal urgente (Figura 1) visualizándose múltiples imágenes hiperdensas intracraneales sugestivas de émbolos sépticos vs hemorragias. Ante la clínica del paciente y los hallazgos del TAC craneal, se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital de referencia, previa administración de ácido valproico; dónde realizan RMN craneal evidenciándose cavernomatosis múltiple con cavernoma en región temporal izquierda y signos de sangrado reciente. Previamente a la resección quirúrgica de la lesión sangrante, se continúa tratamiento antibiótico para la resolución de la bacteriemia por *E. faecium*.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

La cavernomatosis múltiple en el 50% de los casos se diagnostica como hallazgo casual en una prueba de neuroimagen (siendo de elección la RMN). En el 15- 50% de los casos son asintomáticos, siendo las crisis convulsivas su manifestación más frecuente. El tratamiento quirúrgico debe individualizarse, siendo candidatos aquellos cavernomas sintomáticos, fácilmente accesibles y con posibilidad de extirpación completa.



COMUNICACIÓN 25

CONJUNTIVITIS NEONATAL: MANEJO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: González Amor Lara ; Barragán Cirne Inés María ; López Sánchez Patricia ; Tena García Pilar Guadalupe ; Ortiz Santamaría María ; Arauzo Otero Tamara ; Andreu Villalpando Eduardo ; Expósito Raspeño Mónica ; Ruiz González Sara ; García García Maria Luz ;
Centro de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)

Introducción y objetivos:

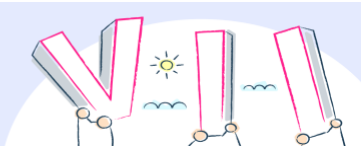
La conjuntivitis es una entidad potencialmente grave en los neonatos. La etiología determina el pronóstico, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Resumen del caso:

Neonato mujer de 18 días de vida diagnosticada a los 10 días de conjuntivitis bilateral en tratamiento con tobramicina tópica. Antecedente materno de herpes genital recurrente, sin erupción durante el embarazo ni el parto. Tratamiento profiláctico con valaciclovir periparto. Parto eutócico en la semana 37 + 3 con exploración normal al nacimiento. Recibe eritromicina oftálmica profiláctica según protocolo. Consulta por ausencia de mejoría e inicio de secreción rojiza en el ojo izquierdo sin fiebre ni otros síntomas. Presenta edema y eritema palpebral bilateral con quemosis tarsal y secreción purulenta. Resto de exploración física y constantes normales. Ante la ausencia de mejoría con tobramicina se recoge exudado conjuntival (PCR Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Varicela Zoster y Herpes simplex -VHS-) y se extrae analítica sanguínea (normal). Se contacta con Ginecología para recogida de estudio de ITS a la madre y se decide ingreso. Se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima intravenosa (100mg/kg/día/dosis única) y azitromicina vía oral (20 mg/kg/día/3 días). Se obtiene resultado de PCR positiva en exudado conjuntival para Herpes simplex tipo 1 y Chlamydia trachomatis, por lo que se completa estudio con punción lumbar y ecografía transfontanelar (sin alteraciones). Se inicia aciclovir intravenoso (60 mg/kg/día) y eritromicina tópica. Durante su estancia en Hospitalización permanece con buen estado general, afebril y hemodinámicamente estable. Es valorada por Oftalmología que descarta la presencia de úlcera dendrítica ni otras complicaciones. Al alta completa 14 días de tratamiento con favorable evolución clínica.

Conclusiones y comentarios:

La conjuntivitis neonatal puede ocasionar complicaciones graves como ceguera o diseminación hematogena del microorganismo implicado. La etiología dependerá principalmente de la colonización del tracto cervicovaginal. La infección perinatal por VHS aparece a los 10-12 días de vida y puede cursar con úlceras/vesículas cutáneas, orales y lesiones oculares (conjuntivitis, blefaroconjuntivitis, queratitis, iridociclitis y necrosis retiniana aguda). Aunque el diagnóstico es clínico, debería realizarse un estudio microbiológico en todos los neonatos afectados con el fin de instaurar precozmente un tratamiento adecuado.



COMUNICACIÓN 27

ANÁLISIS DE OCHO CASOS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO VINCULADO A SARS-CoV-2

Autores: Esquirol Herrero Cristina ; González Gómez de Agüero Iris; Barrera Segura Emma; Quilis Esquerra Josep; Soler Campins Queralta ; Martínez Mejías Abel

Centro de trabajo: Consorci Sanitari de Terrassa

Introducción y objetivos:

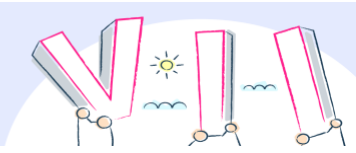
El Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a la infección por SARS-CoV-2 (SIM-PedS) es una complicación poco común en la población pediátrica causada por una probable desregulación inmunitaria. Se presenta con manifestaciones multisistémicas similares a enfermedades previamente descritas como la enfermedad de Kawasaki o el síndrome de shock tóxico, cuyo diagnóstico diferencial es complejo. Tres organismos internacionales han elaborado descripciones independientes de esta enfermedad. Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos de SIM-PedS diagnosticados en nuestro centro entre abril-2020 y agosto-2021. Describimos las características clínicas comunes, los hallazgos en pruebas complementarias definitorias de esta entidad, el tratamiento recibido y las posteriores secuelas.

Resumen de casos:

Serie de ocho casos, el 75% varones, con edad media de 9,4 años (DE: 4,95). Todos habían presentado fiebre de unos 6 días (DE: 2,55), con una media de temperatura máxima de 39,4°C (DE: 0,68). Todos presentaron clínica gastrointestinal, el 75% exantemas y/o edemas cutáneos, el 62,5% hiperemia conjuntival y el 62,5% adenopatías laterocervicales y/o inguinales. Ninguno sufrió clínica respiratoria, neurológica ni cardiológica. A nivel analítico se observó en todos los casos leucocitosis con neutrofilia y linfopenia, elevación de los reactantes de fase aguda, D-dímero, fibrinógeno y NT-proBNP; el 50% presentó trombocitopenia e hipoalbuminemia leve. Los ocho pacientes requirieron ingreso, el 75% en UCI pediátrica por clínica de inestabilidad hemodinámica. Todos los pacientes fueron tratados con antibioticoterapia, ácido acetil-salicílico, corticoterapia e inmunoglobulina endovenosa con importante mejoría clínica posterior y sin secuelas durante el seguimiento. Todos los casos habían estado expuestos a ambientes epidémicos positivos para SARS-CoV-2 durante los 2 meses previos al diagnóstico de SIM-PedS. Ninguno obtuvo resultados positivos en la RT-PCR específica de frotis nasofaríngeo en el momento agudo y siete de ellos presentaron serologías positivas al virus.

Conclusiones:

El SIM-PedS es una complicación poco frecuente pero grave de la infección por SARS-CoV-2. Realizar el diagnóstico de esta patología es complejo por sus similitudes clínicas y analíticas con otras entidades desencadenadas por cascadas inflamatorias con afectación multisistémica. Es necesario unificar los criterios diagnósticos y crear protocolos de tratamiento comunes para mejorar la práctica clínica en estos pacientes.



COMUNICACIÓN 28

ABSCESO CEREBRAL EN PEDIATRÍA

Autores: Pérez Ortiz Lucía ; Plaza Astasio Virginia ; Ruiz Sáez Beatriz ; Ortiz Mesa M^a Elena ; Manzanares García Diego ; Díaz Morales Olga ; Cañuelo Ruiz Octavio
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN:

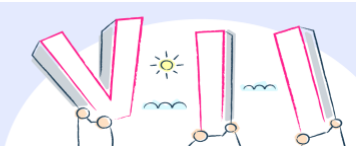
El absceso cerebral, aunque infrecuente, asocia una alta morbimortalidad en pediatría. La clínica inicial suele ser insidiosa, diagnosticándose cuando aparece hipertensión intracraneal y deterioro del estado mental. Los objetivos del siguiente caso clínico son revisar el diagnóstico y tratamiento del absceso cerebral complicado en pediatría.

RESUMEN DEL CASO:

Varón de 11 años con antecedentes personales de malformación de Abernethy tipo IB y síndrome hepatopulmonar que ingresa por cuadro de fiebre alta y síndrome emético de horas de evolución, además de cefalea y cuadros sincopales desde hace varias semanas. A las 24 horas comienza con rigidez de nuca y vómitos proyectivos. Se solicita TAC craneal urgente objetivándose absceso cerebral con edema perilesional e hidrocefalia (figura 1). Se procede a realizar drenaje del absceso y colocación de DVE, y se pauta antibioterapia empírica inicial con cefotaxima, metronidazol y linezolid, con buena respuesta. En cultivo se aísla *Streptococcus anginosus* sensible a cefotaxima, que se mantiene 8 semanas. Tras suspensión de antibioterapia presenta a los 5 días reaparición de fiebre y alteración de la citoquímica de LCR (hipoglucorraquia, hiperproteínorraquia y aumento de celularidad). Se reinicia antibioterapia de amplio espectro (meropenem y linezolid) y se obtienen nuevos cultivos y PCR16s en muestras de LCR que fueron negativos. El control radiológico mediante RM mostró signos de ventriculitis sin otros hallazgos. Ante evolución tórpida, se añade al tratamiento vancomicina intratecal y, a las 96 horas, dada la persistencia de fiebre, se añade al tratamiento anfotericina-B-liposomal (ABL) intravenosa con buena respuesta, mejorando los parámetros citoquímicos del LCR y cediendo los picos febriles. Finalmente, se desescala tratamiento a cefotaxima, linezolid y fluconazol intravenoso con resolución del cuadro tras completar 4 semanas de tratamiento antimicrobiano.

CONCLUSIONES:

- El patógeno más frecuentemente aislado en abscesos cerebrales en pediatría: *Streptococcus anginosus*.
- El probable origen del absceso en el presente caso es una posible infección odontogénica, favorecido por el síndrome hepatopulmonar.
- La buena respuesta tras iniciar tratamiento con ABL orienta a una posible sobreinfección fúngica. La ausencia de crecimiento en los cultivos sugiere que el diagnóstico molecular mediante realización de PCR18s podría ser de gran ayuda en estos casos.



COMUNICACIÓN 29

A PROPÓSITO DE UN CASO: POLIFARMACIA EN EL PACIENTE COMPLEJO: ¿PRIMUM NON NOCERE?

Autores: Pallache Ferreira Agustina ; Colom Balana Aina ; Pons Espinal Marina ; Salazar Valdebenito Constanza ; Solito Claudia ; Fernández de Sevilla Mariona ; García García Juan José
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Introducción y objetivos:

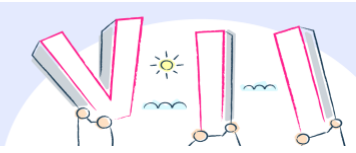
En la mayoría de casos de aplasia medular adquirida no se consigue un diagnóstico etiológico. Presentamos el caso de una posible aplasia medular de origen farmacológico.

Resumen del caso:

Varón de 12 años con epilepsia en forma de crisis motoras mandibulares izquierdas, ingresó en enero 2022 por descompensación epiléptica con nula respuesta a múltiples antiepilépticos. Ante status epiléptico refractario a tratamiento precisó traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos para inducción de coma barbitúrico. En la resonancia magnética cerebral presentaba una lesión subcortical parietal derecha; se realizó una biopsia cerebral, cuyo resultado mostró acúmulo inespecífico de linfocitos T. Ante la sospecha de encefalitis autoinmune recibió bolus de corticoides, plasmaféresis, gammaglobulinas y rituximab, con respuesta parcial. Como complicación postquirúrgica desarrolló un empiema cerebral que requirió tratamiento con vancomicina y meropenem. Pese a ello, persistió con registros febriles y con elevación de reactantes de fase aguda. Se amplió estudio de fiebre con analítica sanguínea que evidenció citopenias, hipertrigliceridemia, disminución del fibrinógeno y elevación de ferritina, por lo que se sospechó un síndrome hemofagocítico, confirmado por aspirado de médula ósea. Se identificó PCR positiva para Virus Herpes simple 1 en sangre y médula ósea. Además, el paciente presentó dolor retroesternal mal controlado, por lo que se realizó endoscopia alta que confirmó esofagitis herpética con sobrecrecimiento de colonias de *Candida albicans*, añadiéndose al tratamiento aciclovir y micafungina, e inició profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol. Tras la resolución de la fiebre se observó una pancitopenia progresiva que sugirió una aplasia medular. Se realizó un estudio multidisciplinar y finalmente se orientó como probablemente secundaria a fármacos, ante el uso de varios grupos de fármacos con toxicidad medular (antibióticos, antiepilépticos, analgésicos, inmunosupresores). Se cambiaron micafungina por posaconazol, meropenem por ciprofloxacino y trimetoprim-sulfametoxazol por pentamidina. Tras esta modificación se objetivó una recuperación progresiva del hemograma, con persistencia de neutropenia por lo que precisó además de factor estimulador de colonias granulocíticas.

Conclusiones:

La aplasia medular se orientó como farmacológica; la mejoría tras retirar meropenem y micafungina confirmó el diagnóstico. Este caso refleja la importancia del manejo multidisciplinar y del conocimiento de los efectos adversos farmacológicos más frecuentes y potencialmente graves que pueden comprometer la vida del paciente.



COMUNICACIÓN 30

¿ADENOCARCINOMA O TUBERCULOSIS?

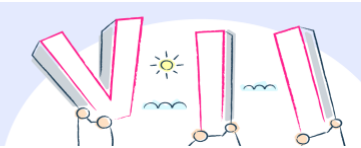
Autores: Colom Balaña Aina ; Alías Rodríguez Laura; Solito Claudia
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Resumen del caso:

Paciente de 15 años que consulta por pérdida de peso, astenia, tos y dificultad respiratoria. Presenta mal estado general, caquexia, taquipnea, mala entrada de aire y crepitantes bilaterales. Se inicia monitorización y oxigenoterapia. Presenta signos de sepsis por lo que se extrae analítica y se administra carga de volumen con cefotaxima. Destaca anemia, neutrofilia, linfopenia, elevación de PCR e hipertransaminasemia. La radiografía de tórax muestra pulmón izquierdo blanco. Dada la inestabilidad clínica se traslada a UCI-P. Se inicia soporte con VNI y antibioterapia empírica de amplio espectro. Ante posibilidad de infección por M. tuberculosis, se asocia tratamiento antituberculoso. Se amplía estudio etiológico: el PPD resulta negativo y Quantiferon indeterminado por linfopenia grave. Se realiza toracocentesis diagnóstica y se cursan muestras (sangre, orina, líquido pleural, jugo gástrico) para tinción, PCR y cultivo de micobacterias, resultando negativos. Se realiza TC de tórax (gran afectación parenquimatosa e hidroneumotórax) e intubación electiva para BAL. El estudio anatomopatológico no muestra células tuberculosas pero sí abundantes células en anillo de sello, sugestivo de carcinoma. Se realiza TC de abdomen con engrosamiento de pared gástrica y endoscopia que confirma dicho hallazgo; se envían muestras para microbiología y AP. Se orienta como adenocarcinoma gástrico con metástasis pulmonares. Se inicia hiperhidratación y tratamiento quimioterápico. Posteriormente se obtiene resultado positivo de PCR M. tuberculosis en BAL y segundo Quantiferon positivo. La biopsia gástrica descarta células malignas. Finalmente se realiza biopsia pulmonar sin signos de malignidad; muestra granulomas necrotizantes y PCR de M. tuberculosis resulta positiva. Se diagnostica de tuberculosis pulmonar primaria, se mantiene tratamiento antituberculostático y se suspenden quimioterapia y antibioterapia. Presenta evolución clínica favorable, pudiendo pasar a planta de hospitalización. Es dado de alta sin soporte respiratorio.

Conclusiones y comentarios:

La infección por M. tuberculosis es una patología grave y prevalente. Supone un reto diagnóstico para los profesionales sanitarios, dada la baja rentabilidad de muchas muestras microbiológicas. En nuestro caso, la gravedad clínica y la presencia de células en anillo hizo plantear como diagnóstico diferencial un adenocarcinoma gástrico. Se ha necesitado un alto grado de sospecha y realizar pruebas invasivas para el diagnóstico definitivo.



COMUNICACIÓN 31

VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DEL PEDIATRA HOSPITALISTA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Rello Saltor, Victòria

Centro de trabajo: Hospital Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El apoyo del pediatra a las unidades quirúrgicas en contexto de hospitalización es fundamental para el manejo integral de estos pacientes. Desde Octubre del 2020 la Unidad de Pediatría Interna Hospitalaria mediante la presencia de un pediatra fijo asume el manejo médico integral de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Paciente Quirúrgico Pediátrico. El objetivo es valorar la intervención realizada por el pediatra hospitalista durante el periodo Octubre 2020-Julio 2022.

MÉTODOS:

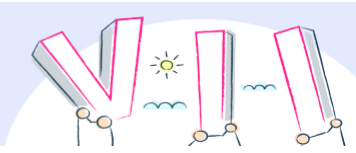
Descripción de la Unidad de Hospitalización Quirúrgica Pediátrica, registro de las interconsultas dirigidas a la Unidad de Pediatría Interna Hospitalaria y registro de la actividad asistencial diaria realizada por el pediatra en dicha unidad.

RESULTADOS:

La Unidad de Hospitalización Quirúrgica Pediátrica está formada por 11 especialidades quirúrgicas, con una media de 1047 episodios de ingreso anuales. Media de edad del paciente 7,7 años con predominio masculino (61%). En este periodo se han registrado 2094 episodios de ingreso, realizándose 563 interconsultas (26,8%), de las cuales 241 fueron a la Unidad de Pediatría Interna Hospitalaria (42,8%). La procedencia de las interconsultas recibidas fue 152 de la especialidad de Neurocirugía (63%), 35 de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología (14,5%) y 54 de las 9 especialidades quirúrgicas restantes (22,4%). Durante este periodo, la especialidad de Neurocirugía registró 450 ingresos, de los cuales en 33,7% se realizó interconsulta. La Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología registró 635 ingresos, realizándose interconsulta en un 5,5% de los casos. Para el resto de ingresos de las diferentes especialidades, únicamente en un 5,3% se realizó interconsulta. La actividad asistencial del pediatra hospitalista registrada en este periodo fue de 1402 intervenciones (media 3,2 pacientes diarios).

CONCLUSIONES:

Los pacientes quirúrgicos ingresados requieren con una elevada frecuencia la valoración por parte de especialistas no quirúrgicos. Casi la mitad de las interconsultas realizadas en el paciente quirúrgico van dirigidas al pediatra hospitalista siendo la Neurocirugía la especialidad quirúrgica que mayor soporte integral requiere. El registro de la actividad realizada pone de manifiesto la importancia del pediatra hospitalista en el manejo integral del paciente quirúrgico ingresado de forma independiente a las interconsultas recibidas así como la significativa carga asistencial que supone.



COMUNICACIÓN 32

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: TRES TEMPORADAS DE FUNCIONAMIENTO

Autores: Sanjurjo Jiménez Isabel ; Pérez-Moneo Agapito María Ángeles ; Barral Mena Estefanía ; Hortigüela Aparicio Mónica ; Sanavia Morán Eva ; Muñoz Lozón Ana ; Pérez-Moneo Agapito Begoña
Centros de trabajo: Hospital Universitario Infanta Leonor

Introducción y objetivos:

Desde 2018 nuestro hospital dispone de una unidad de cuidados intermedios (UCRI) durante el invierno, con una ratio enfermera-paciente 1:4. En 2021, se implantaron protocolos basados en evidencia científica sobre oxigenoterapia de alto flujo (OAF) (inicio a flujos altos y retirada precoz), sedoanalgesia, ventilación no invasiva y nutrición por SNG. El objetivo es describir los pacientes ingresados, así como valorar la efectividad de estos protocolos.

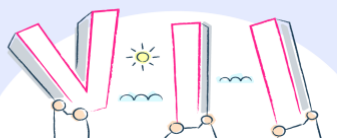
Métodos: Presentamos un estudio descriptivo y analítico de los pacientes ingresados en UCRI en las temporadas entre 2018 y 2022. Se recogen variables demográficas, días de estancia, diagnóstico, técnicas requeridas y traslado a UCIP. Se expresan variables cualitativas en porcentajes y cuantitativas en mediana y rango intercuartílico (RIQ). Se ha comparado el curso clínico de los pacientes previos protocolos (cohorte 1) y después (cohorte 2) mediante pruebas paramétricas o no paramétricas según distribución de variables cuantitativas o pruebas de Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados:

Tras el uso de los protocolos, han descendido las horas de OAF (mediana cohorte 1 77h, cohorte 2 48h, p 0,005) retirándose según protocolo en el 79,1% de los pacientes. Entre los pacientes con VMNI han disminuido los traslados a UCIP (medianas cohorte 1 69,1% vs cohorte 2 36,8%, p 0,019), sin ningún fallecimiento ni necesidad de intubación.

Conclusiones:

La realización de protocolos basados en la evidencia ha sido útil para extender y homogeneizar nuestra práctica clínica. El uso de protocolos ha permitido homogeneizar las pautas de inicio y retirada del OAF: inicio a flujos más altos y descenso más rápido y homogéneo. Esto ha permitido acortar la terapia sin modificarse la estancia total. El uso de VMNI ha permitido disminuir los traslados a UCIP, sin embargo, ha aumentado los días de estancia en la cohorte 2 al asumir pacientes más graves. Así mismo, ha aumentado la utilización de la SNG y el uso de sedantes optimizando el confort.



COMUNICACIÓN 33

TERAPIA ANTIMICROBIANA DOMICILIARIA ENDOVENOSA PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN PEDIATRÍA: UNA OPCIÓN COSTE-EFICAZ

Autores: Vega Blanco Ana Isabel ; Vallespín Casas Almudena ; Cabrera Lopez Isabel María ; Agúndez Reigosa Beatriz ; Lloris Romero-Salazar Azucena ; Cano Fernández Julia ; Jimenez García Raquel

Centros de trabajo: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción y objetivos:

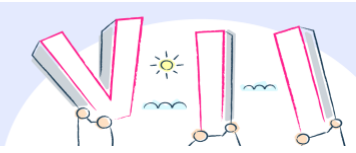
La Terapia Antimicrobiana Domiciliaria Endovenosa (TADE) es una práctica segura y eficaz frente infecciones otorrinolaringológicas (ORL) complicadas. Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con infecciones ORL ingresados en hospitalización a domicilio (HAD) para TADE en un hospital pediátrico terciario, los costes e impacto en la estancia hospitalaria. Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con infección ORL ingresados en HAD para TADE entre diciembre 2018 y abril 2022.

Resultados:

Se registran 134 episodios; 56,7% varones, con una mediana de edad de 5,7 años (RIC 2-10). Los diagnósticos se adjuntan en la gráfica 1. La estancia mediana en HAD fue de 4 días (RIC 3-6.25), tras 2 días (RIC 1-4) en hospitalización convencional. Tras la apertura de la HAD, la estancia mediana hospitalaria se redujo de 8 (RIC 5-10) a 2 (RIC 2-4) días en mastoiditis y de 4 (RIC 3-6) a 2 días (RIC 1-4) para absceso periamigdalino ($p < 0,05$). Los antibióticos más usados en TADE fueron ceftriaxona (73 pacientes; 54,48%), clindamicina (28; 20,90%), amoxicilina-clavulánico (12, 8,96%) y cefuroxima (10, 7,46%). 47 pacientes (35%) recibieron más de un antimicrobiano simultáneamente y 105 (78,3%), 3 ó más dosis diarias de antimicrobianos iv. En 130 pacientes (97%) la medicación fue autoadministrada por un familiar. El acceso venoso más utilizado fue la vía periférica (87,3%). 39 pacientes (29,1%) precisaron recambio del acceso venoso: 22 (56,4%) por extravasación y 8 (20,5%) por flebitis. Se detectaron efectos adversos en 11 niños (8,2%), ninguno requirió medidas terapéuticas. 6 pacientes precisaron reingreso hospitalario por empeoramiento clínico, regresando 4 a HAD tras su estabilización. 2 pacientes precisaron reingreso hospitalario en los 30 días posteriores al alta de HAD. El coste de la estancia diaria hospitalaria para el tratamiento médico de infecciones ORL es de 975.89 €, frente a 341.1€ en HAD, lo que supone un ahorro diario del 64.9%.

Conclusiones:

El TADE para patología ORL es una opción segura y coste-efectiva en pediatría en unidades de HAD. La autoadministración de medicación permite administrar múltiples dosis diarias de antimicrobianos. El TADE disminuye la estancia media hospitalaria en pacientes con infecciones ORL.



COMUNICACIÓN 34

TERAPIA ANTIMICROBIANA DOMICILIARIA ENDOVENOSA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: Sánchez Marcos Elena ; Agúndez Reigosa Beatriz ; Cabrera López Isabel ; Calleja Gero Lourdes ; Galán Olleros María ; Jiménez García Raquel ;

Centro de trabajo: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción y objetivos:

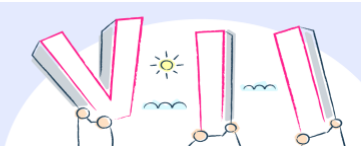
La Terapia Antimicrobiana Domiciliaria Endovenosa (TADE) en hospitalización a domicilio (HAD) es una práctica eficaz y segura para el tratamiento de diversas infecciones. El objetivo del estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con infección osteoarticular (IOA) que ingresaron para TADE en HAD de un hospital terciario, así como el impacto en la estancia y coste hospitalarios. Métodos: estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con IOA ingresados en HAD que recibieron TADE entre enero de 2019 y abril de 2022.

Resultados:

Ingresaron 68 pacientes, 50% varones, mediana de edad de 6,8 años (RIC 1,6 - 10,2). Los diagnósticos fueron: osteomielitis (52,9%), artritis séptica (27,9%), miositis (11,8%), discitis (5,9%) y otros (1,5%). La mediana de estancia en HAD fue de 7 días (RIC 4 - 9,5), tras 3 días (RIC 2-4) en hospitalización convencional. Precisaron cambio de antibiótico el 63.2% de pacientes para el ingreso en HAD (Gráfica 1). Las causas del cambio fueron: reducción del número de dosis diarias (76.7%), ajuste según microbiología o indicación clínica (20.9%) y características del fármaco (2.3%). Los antibióticos más usados en TADE fueron cefazolina (32,1%), cefuroxima (29,6%) y ceftriaxona (19,7%). En el 98.5% fue administrado por un familiar; en 89.7% se utilizó bomba de infusión; en 82.4% el acceso fue vía venosa periférica. La mediana de duración de las vías periféricas fue 5 días (RIC 4 - 6). Ocho pacientes presentaron algún efecto adverso, sin necesidad de intervención. Ningún paciente reingresó en los 30 días posteriores al alta. Tres pacientes (4.4%) precisaron reingreso hospitalario durante su estancia en HAD por mala evolución: en dos se descartó una IOA y el tercero regresó a HAD tras intervención quirúrgica. La estancia diaria hospitalaria tiene un coste de 1044.81€ mientras que en HAD 342.1€. La estancia media hospitalaria disminuyó de 8 (DS: 4.3) a 6.18 días (DS: 4.9) tras la implementación del TADE ($p < 0.002$).

Conclusiones:

El TADE en infecciones osteoarticulares es una opción segura y coste efectiva. La autoadministración y utilización de vía venosa periférica es una opción válida en estos pacientes. Puede ser necesario cambiar el antibiótico para facilitar el tratamiento en domicilio.



COMUNICACIÓN 36

SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS EN PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA

Autores: Rodríguez-Tubío Dapena Santiago ; Toledo del Castillo Blanca ; Pérez Moreno Jimena ; González Martínez Felipe ; Carrascón González-Pinto Lucía ; De la Mata Navazo Sara ; Rodríguez Fernández Rosa ;
Centro de trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

Introducción

El control del dolor y la ansiedad en los procedimientos invasivos en la hospitalización pediátrica es importante, recomendándose que los pediatras internistas hospitalarios estén capacitados para realizar una adecuada analgesia y sedación superficial. Nuestro objetivo fue analizar las características de las sedaciones llevadas a cabo por pediatras internistas.

Metodología

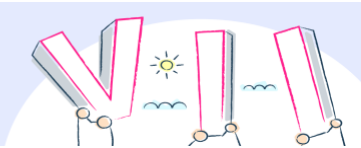
Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se recogieron datos de los registros de sedoanalgesia realizados en la Hospitalización Pediátrica entre 2019 y 2022. Se analizaron variables clínicas y escalas de sedoanalgesia. El grado de sedación se midió mediante la escala COMFORT-B modificada, el dolor mediante la escala CHEOPS. Se utilizaron pruebas no paramétricas: test Mann-Whitney y test de Fisher.

Resultados

Se registraron 28 procedimientos. La mediana de edad fue 108 (48-156) meses siendo el 57,1% varones. El 89,3% (25) de las técnicas fueron punciones lumbares (44% con medición de presión intracraneal). Se realizó hoja de verificación previa en el 100% de los procedimientos. La mediana de duración de los procedimientos fue de 12,50(10-26,25) minutos, alcanzando una sedación óptima en el 78,6%(22) con una mediana de COMFORT-B de 11,5(11-13). El fármaco más utilizado para la sedación fue el midazolam en un 92,9% de los casos y como analgésico el fentanilo en un 64,3% seguido de ketamina en 35,7%. Las dosis fueron de 0,07 mg/kg (0,06-0,11), 0,95 mcg/kg (0,73-1) y 0,65 mg/kg (0,5-1), respectivamente. Solo registramos un efecto adverso consistente en hipotensión con la administración concomitante de midazolam y fentanilo. Se utilizó analgesia local coadyuvante en un 67,9% (19). Los familiares estuvieron presentes en el 71,4% de los procedimientos. Se compararon los dos métodos de sedación más utilizados: midazolam y fentanilo (Grupo 1) y midazolam y ketamina (Grupo 2). Destacan menores puntuaciones de COMFORT-B en los pacientes del Grupo 2 con mayor sobredosificación en este grupo 44,4% vs. 5,6% aunque sin mayores efectos adversos.

Conclusiones

La realización de procedimientos con medicación sedoanalgésica en Pediatría Interna Hospitalaria es segura con una adecuada preparación del personal, y siguiendo protocolos escritos. Los fármacos más utilizados en nuestro centro son la asociación de midazolam y fentanilo, existiendo mayor sobredosificación cuando se utiliza ketamina como coadyuvante.



COMUNICACIÓN 37

PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LA COMPLEJIDAD EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA

Autor: Guardiola Olmos, José Ángel

Centro de trabajo: Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción y objetivos:

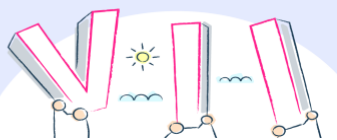
Los pacientes con patología crónica compleja en pediatría son una población cada vez más prevalente. No solo es importante conocer qué paciente tiene complejidad crónica compleja, sino que también lo es categorizar dicha complejidad para así adecuar recursos e incorporar en su cuidado a los distintos niveles de la atención sanitaria. La clasificación "NANEAS" de la Sociedad Chilena de Pediatría permite una categorización del paciente crónico complejo desde una perspectiva tanto de necesidades médicas como biopsicosocial. Proponemos una modificación para dicha clasificación aplicada a nuestra unidad de Niños con Patología Crónica Compleja. **Materiales y métodos:** Se han evaluado 68 pacientes pertenecientes a nuestra unidad, según la escala NANEAS, y posteriormente, según la escala NANEAS modificada que proponemos (imagen adjunta).

Resultados:

La aplicación de la escala "NANEAS" determinó un resultado de 18 pacientes de complejidad media y 50 de complejidad baja. Posteriormente, se aplicó la escala modificada con un resultado de 5 pacientes con complejidad alta, 19 pacientes con complejidad media y 44 con complejidad baja. Sobre este resultado, se seleccionaron 7 pacientes con complejidad social, siendo reevaluados y reconsiderados 4 de ellos con una complejidad mayor a la obtenida. El resultado final fueron 5 pacientes de complejidad alta, 23 de complejidad media y 40 de complejidad baja.

Conclusiones:

La estratificación de la complejidad en el paciente crónico complejo permite una mejor gestión de los recursos sanitarios para garantizar la mejor asistencia. La clasificación NANEAS es de las más completas actualmente, sin embargo, proponemos una escala modificada que se ajusta en mayor medida a las necesidades de nuestra unidad. A los criterios ya utilizados por esta escala y de los cuáles realizamos dos pequeñas modificaciones, añadimos un nuevo criterio de fragilidad según ingresos hospitalarios. Además, se añade un criterio extra fuera de la escala, denominado complejidad social. Se considerará paciente con complejidad social aquel cuyo ambiente biopsicosocial suponga un riesgo para sus cuidados o bienestar en salud. Este criterio extra, permitirá en ciertos casos reevaluar la complejidad de ciertos pacientes obtenida según la escala. De esta forma, proponemos una escala que evalúa tanto complejidad médica como social en su totalidad.



COMUNICACIÓN 38

PRINCIPALES DEBILIDADES Y PUNTOS DE MEJORA EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Autores: Gómez Garrido Pablo ; Suárez-Bustamante Huélamo María ; Villalobos Pinto Enrique ; Retuerta Oliva Azucena ; Cebolla Sousa Carolina ; Jiménez García Raquel ;
Centro de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En los últimos años ha crecido el número de unidades específicas para niños con patología crónica y complejidad (NPCC). El objetivo del trabajo es describir los principales problemas detectados y los posibles puntos de mejora en una consulta monográfica de NPCC abierta recientemente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y descriptivo, incluyendo NPCC seguidos en consulta de un hospital terciario entre septiembre de 2020 y junio de 2022. Se analizaron las principales variables epidemiológicas y clínicas, el seguimiento por especialistas y los ingresos registrados. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS:

Fueron valorados 128 pacientes, suponiendo un total de 284 consultas y 219 ingresos hospitalarios. La edad media fue 8.73 ± 5 años. El 60.9% eran varones. El principal diagnóstico fue parálisis cerebral infantil (46.1%). Con respecto al soporte global, se detectaron varias debilidades: •El 96.9% de los pacientes presentaba afectación neurológica. La incidencia de síntomas neurológicos incapacitantes mal controlados fue alta. •El 79.7% de los pacientes acudía habitualmente a terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, estimulación, logopedia y apoyos). El 66.6% recibía alguna de ellas en colegio ordinario o especial y el resto en centros privados (50.9%) o públicos (46.2%). •El 23.4% de los pacientes mantenía apoyo psicológico previo. El 15.6% de las familias referían impronta psicológica, pero solo el 35% recibía apoyo específico. Se derivó a psicología al 7.8% de todos los pacientes. •Solo el 42.2% de niños tenía reconocida la discapacidad y el 33.6% recibía ayudas para la dependencia. Como posibles puntos de mejora se planteó:

- Aumentar la comunicación con Atención Primaria (responsable del 3.1% de derivaciones).
- Promocionar el envío de dudas al mail de la unidad (utilizado por el 15.6% de las familias)
- Incrementar el uso la Unidad de Hospitalización a Domicilio durante el ingreso (únicamente 9.3%).

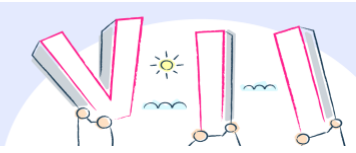
CONCLUSIONES:

Un número considerable de los NPCC valorados presentaban síntomas incapacitantes mal controlados y no contaban con el soporte socioeconómico y psicológico adecuado, repercutiendo en su calidad de vida y la de sus familias. La valoración de debilidades y posibles mejoras debe ser prioritaria para las nuevas unidades especializadas.

PRESENTADA JUNTO A LA COMUNICACIÓN:

PRIMEROS DOS AÑOS DE ACTIVIDAD EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Autores: Gómez Garrido Pablo ; Suárez-Bustamante Huélamo María ; Villalobos Pinto Enrique ; Retuerta Oliva Azucena ; Cebolla Sousa Carolina ; Jiménez García Raquel
Centro de trabajo: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús



COMUNICACIÓN 39

PRIMEROS SEIS MESES DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA

Autores: Ezquerro Sánchez Andrea ; Millán Longo Claudia; González Bertolín Isabel; Hidalgo Montes Inmaculada; Martínez Romera Isabel; Molina Amores Clara

Centros de trabajo: Hospital Universitario La Paz;

Introducción y objetivos:

La hospitalización a domicilio (HAD) ofrece una alternativa asistencial que criterios de complejidad. Recibía tratamiento médico habitual el 38,4% y proporciona terapias y cuidados de complejidad hospitalaria en el domicilio del paciente. Permanecer en el hogar favorece la recuperación del paciente en su propio entorno, mejorando su calidad de vida y la de su familia. Nuestro objetivo es analizar la asistencia de una unidad de HAD pediátrica en sus primeros seis meses de funcionamiento.

Métodos:

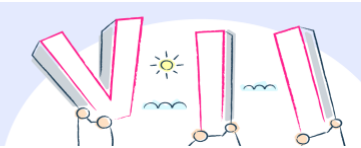
Estudio descriptivo retrospectivo realizado en los pacientes pediátricos atendidos en una unidad de HAD pediátrica de un hospital terciario entre diciembre de 2021 y mayo de 2022. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas de los ingresos en la unidad.

Resultados:

Se incluyeron 112 pacientes (47,3% varones). La mediana de edad fue de 27 meses (rango 0 meses-17 años). El 51,8% tenían enfermedad crónica de base, fundamentalmente broncoespasmos de repetición (29,5%), enfermedad oncológica (4,5%) y fibrosis quística (3,6%). El 19,6% cumplía el 8,9% portaba acceso venoso permanente. El 90,2% fueron derivados desde la hospitalización pediátrica, 6,5% de urgencias y 3,5% desde consultas externas. La oxigenoterapia fue el principal motivo de ingreso en HAD (68,8%, 77 pacientes): bronquitis/ broncoespasmo y bronquiolitis (72), neumonías (5). El segundo motivo fue la necesidad de antibioterapia intravenosa (16,1%, 18 pacientes): mastoiditis (5), bacteriemia/sepsis (3), meningitis (2), absceso cerebral (1), infección cervical (2), pielonefritis aguda (1), infección catéter venoso central (2). Otros motivos de ingreso fueron la administración de otra medicación intravenosa (5,3%) y continuación de cuidados (5,3%). La medicación intravenosa fue administrada por enfermería (80,7%), por la familia (7,7%) o por ambos (11,5%). Cada paciente recibió de media 4,41 visitas del pediatra (DE: 2,50) y 5,09 de enfermería (DE: 3,70), estando en HAD 4,98 días de media (DE: 2,95). Hubo 6 reingresos hospitalarios (5,4%), 2 por reagudización de la patología que motivó el ingreso y 4 por un motivo clínico diferente. Dos de ellos reingresaron de nuevo en HAD.

Conclusiones:

La HAD pediátrica es una alternativa válida a la hospitalización convencional que atiende patología diversa y permite la recuperación del paciente en un entorno familiar.

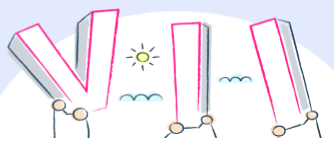


COMUNICACIÓN 41

PRIMERA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Autores: Iriondo Muruzábal María ; Achotegui del Arco Ane ; Villalón Matute Carmen ; López Mateo Sandra ; Fernández de Sevilla Estrach Mariona ; Batlle Boada Astrid ; Faura Morros Anna ; Fabregat Farran María ; García García Juan José ; Morales La Madrid Andrés ;
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Desde 2019 en nuestro hospital existe una unidad de hospitalización domiciliar pediátrica para pacientes agudos. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida, optimizar recursos sanitarios y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas al ingreso, en diciembre de 2021 se creó un equipo específico para pacientes oncológicos. El objetivo del estudio es describir los pacientes oncológicos que fueron candidatos durante los primeros meses de funcionamiento de la Unidad. Estudio prospectivo de los pacientes oncológicos que fueron hospitalizados en domicilio de diciembre 2021 a julio 2022. Los candidatos debían cumplir: estar en tratamiento activo (o con secuelas derivadas), vivir a menos de 30 minutos del hospital, disponer de aceptable infraestructura y condiciones de higiene en domicilio y posibilidad de contacto telefónico. Se realizaron 103 ingresos domiciliarios (50 pacientes diferentes), con edad media de 7,5 años (0.5-17,9). El 50% (n=25) fueron varones. La mayoría estaban afectos de leucemia linfoblástica aguda (62.1%, n=64). La duración media del ingreso fue de 4 días (2-54). La distancia media del domicilio al hospital fue de 10 km. El 52% de los cuidadores tenían estudios superiores. El motivo de ingreso más frecuente fueron procesos infecciosos (38,9%, n=40), seguido de insuficiencia renal (14,6%, n=15) y alta hospitalaria precoz de leucemia en inducción (7,8 %, n=8). La actuación principal fue la administración de antibioterapia (32%, n=33) y fluidoterapia (44,7%, n=46). No se objetivaron reacciones alérgicas. En la mayoría de pacientes se utilizó un acceso venoso central (97,1%, n=100), objetivándose un 5,8% (n=6) de problemáticas de diferente índole. El 9,7% (n=10) precisó de reingreso en el hospital, el 60% por fiebre, ninguno en UCI. Un 12,6% (n=13) requirió de atención en el hospital sin reingreso, siendo la indicación principal la administración de hemoderivados. De los pacientes ingresados por neutropenia febril (n=21), en 2 se objetivó reaparición de la fiebre. Si la selección de pacientes es adecuada, la hospitalización a domicilio para niños con cáncer parece una práctica segura. El hogar es un entorno cómodo con consecuencias beneficiosas, incluidas las emocionales. En este sentido, será interesante evaluar en próximos estudios los resultados de las escalas de calidad de vida que se están llevando a cabo.



COMUNICACIÓN 42

MEJORAR LA SALUD MENTAL CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA DIETA MEDITERRÁNEA

Autores: Herrera Chamorro Águeda ; Navarro Esteban Teresa ; Bastida Sánchez Encarna ; Cervantes Prado Antonio

Centros de trabajo: Hospital Universitario. Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN:

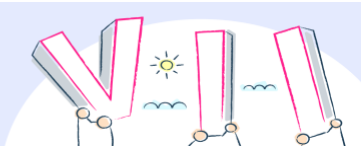
Los problemas de salud mental están creciendo en la infancia y adolescencia de forma alarmante . La actividad física y la dieta mediterránea mejoran la salud mental (SM) en esta edad. La adquisición de hábitos saludables sería clave para conseguir un adecuado estado de salud físico y mental

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó estudio observacional, transversal y analítico en un conjunto de 234 participantes entre 11-18 años escolarizados en dos colegios concertados de una ciudad española de tamaño medio. Se aplicaron tres cuestionarios: SDQ (Salud Mental), PAQ-A (actividad física) y KIDMED (dieta mediterránea). Se calcularon los valores de las 5 dimensiones del SDQ (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial positiva) y la puntuación total. Niveles más altos indican peor SM, excepto en conducta prosocial. Se estudió su relación con los resultados de PAQ-A y KIDMED. Además se estudiaron las diferencias en SM, KIDMED y AF entre sexos y grupos de edad.

RESULTADOS:

La adherencia a una dieta mediterránea se asocia con un menor riesgo de sufrir problemas de salud mental (OR 0,462; IC 95% 0,231-0,921). En relación con la actividad física, los jóvenes activos presentan menos problemas emocionales (OR ajustada 0,436; IC 95% 0,246-0,773) frente a los no activos. Se obtuvo una correlación positiva entre AF y KIDMED (Spearman 0,3 p



COMUNICACIÓN 43

LEISHMANIASIS VISCERAL: DESDE LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR EN ZONA ENDÉMICA

Autores: Plaza Astasio Virginia ; Pérez Ortiz Lucía ; Gutiérrez Fernández Sara ; Manzanares García Diego ; Díaz Morales, Olga ; Cañuelo Ruiz, Octavio ;

Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

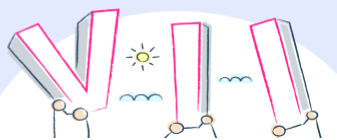
La leishmaniasis visceral (LV) es una patología endémica en la cuenca mediterránea. La clínica inespecífica y el largo periodo de incubación hacen de esta zoonosis una entidad de difícil diagnóstico, pudiendo incluso conllevar el desarrollo del síndrome hemofagocítico (SHF). El objetivo del estudio es describir los casos de LV diagnosticados en los últimos años en un hospital terciario situado en zona endémica. **MÉTODO** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LV del Servicio de Pediatría de un hospital terciario desde enero de 2016 a junio de 2022. Se recogieron variables sociodemográficas y clínico-analíticas y se analizaron mediante métodos de estadística descriptiva con el programa SPSS® v.25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes. El 54,5% (n=12) eran varones. La mediana de edad al diagnóstico fue de 10,63 (RIQ=6,99-24,91) meses. El paciente de menor edad tenía 2,5 meses y el de mayor, 7 años. El 45,5 % de los pacientes referían contacto con perros y 45,5% vivían en un ambiente rural. Todos los pacientes presentaban fiebre prolongada (Me: 10 (RIQ=6,99-24,91) días), esplenomegalia y anemia (Me: 8,3 (RIQ=6,35-9,37) g/dL). Además, el 68,2% presentaba hepatomegalia, el 86,4% trombopenia y el 68,2% neutropenia. El diagnóstico de confirmación de LV se realizó mediante pruebas microbiológicas (tabla 1). En 10 pacientes (45,5%) se visualizaron lesiones nodulares esplénicas hipoecogénicas milimétricas. Un total de 12 pacientes (54,2%) cumplían criterios de SHF secundario (HLH-2004), presentando la mayoría fiebre, esplenomegalia, citopenias, hipertrigliceridemia y ferritina >500 µg/L. Los pacientes permanecieron ingresados una mediana de 9 (RIQ=7-11,5) días. 9 pacientes (40,9%) precisaron transfusiones de hematíes, y 2 de ellos también de plaquetas. Todos fueron tratados con Anfotericina B liposomal iv. Además, uno de ellos requirió corticoterapia, por no mejoría de los parámetros del SHF solo con el tratamiento etiológico de la LV.

CONCLUSIONES

- En nuestro medio, ante un paciente que cumpla criterios de SHF es importante descartar LV por su alta prevalencia.
- El tratamiento antiinfeccioso suele ser suficiente para frenar el cuadro, a diferencia del resto de causas subyacentes.
- El empleo de la serología, en zonas de alta prevalencia, tiene valor únicamente en el primer episodio.



COMUNICACIÓN 44

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO: CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS Y ANÁLISIS DEL USO DE ANTIBIOTERAPIA EN ESTA POBLACIÓN

Autores: Morales Rodrigo ; Torrús Isabel; Pons Gemma; Ricart Sílvia; Monfort Laura; Fernández de Sevilla Mariana; Navarro Sergi; García Juan José

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Introducción y objetivos

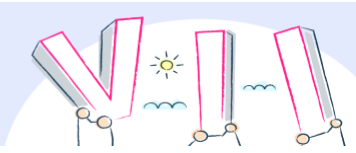
El número de niños portadores de traqueostomía ha aumentado en los últimos años debido a los avances en la medicina y en los cuidados intensivos neonatales y pediátricos. Las infecciones respiratorias, tanto la traqueobronquitis como la neumonía, son comunes en estos pacientes y están asociadas a prescripciones antibióticas y hospitalizaciones frecuentes, suponiendo un gran consumo de recursos sanitarios. El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas y microbiológicas de estos pacientes, así como analizar el uso de antibioterapia en esta población. **Métodos.** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y prospectivo, que incluye los pacientes pediátricos (≤ 18 años) portadores de traqueostomía atendidos por el servicio de atención paliativa y paciente crónico complejo de un hospital de tercer nivel desde noviembre del 2020 hasta la actualidad. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos mediante la revisión de la historia clínica informatizada.

Resultados

De un total de 210 pacientes en seguimiento por esta unidad, 44 son portadores de traqueostomía. Un 84% (37/44) de los pacientes presentan colonizaciones bacterianas. El microorganismo aislado con mayor frecuencia en el cultivo de aspirado traqueal fue *P. aeruginosa* (56,8% de los pacientes), siendo casi un 8% multirresistentes. Otros microorganismos aislados fueron: *S. aureus* meticilin sensible 34,1%, *M. catharralis* 29,5%, *S. pneumoniae* 29,5%, *H. influenzae* 25%, *S. aureus* meticilin resistente 2,3%. En un 56,8% de los pacientes se aislaron otros bacilos gram negativos adquiridos frecuentemente en el ámbito hospitalario. En cuanto al uso de antibióticos, 22,7% (10/44) de los pacientes ha recibido tratamiento antibiótico nebulizado en los últimos 18 meses. Respecto a los antibióticos orales; un 84% de los pacientes ha recibido tratamiento con ciprofloxacino. Otros antibióticos utilizados fueron cotrimoxazol (20,5%), amoxicilina-clavulánico (27,3%), amoxicilina (6,8%), cefuroxima (4,5%) y azitromicina (2,3%). Un 18,1% de los pacientes ha recibido mínimo una tanda de antibioterapia endovenosa y a un 29,5% de los pacientes se les ha prescrito más de 3 pautas de antibiótico sistémico en los últimos 18 meses.

Conclusiones

Los pacientes pediátricos portadores de traqueostomía sufren con frecuencia infecciones respiratorias, lo que supone un uso creciente de antibióticos de amplio espectro y, consecuentemente, un riesgo incrementado de resistencias antibióticas.



COMUNICACIÓN 45

INFECCIONES POR PARECHOVIRUS HUMANO, CUADROS CLÍNICOS Y MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Gómez-Anca Silvia ; Fresno Jorge Paula; Baquero Artigao Fernando; Falces Romero Iker; Cabrerizo Sanz Maria; Méndez Echevarría Ana; Del Rosal Rabes Teresa; Alfonso Alonso Luis; Grasa Lozano Carlos; Calvo Rey Cristina

Centros de trabajo: Servicio de Pediatría del Hospital Universitario La Paz; Laboratorio de enterovirus del Centro Nacional de Microbiología

Introducción y objetivos

Los parechovirus humanos (HPeV) son virus RNA pertenecientes a la familia Picornaviridae, género Parechovirus. Presentan manifestaciones clínicas diversas, desde sintomatología respiratoria o gastrointestinal leve hasta cuadros más graves como meningitis o sepsis. Las infecciones por HPeV son relativamente frecuentes, especialmente en lactantes pequeños, y son la segunda causa de enfermedad viral sepsis-like y meningitis en niños (principalmente por el serotipo 3 (HPeV-3)). El diagnóstico se realiza mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) en sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR), frotis rectal o faríngeo. El objetivo del estudio es describir las características clínicas y pronóstico de las infecciones por HPeV en niños atendidos en un hospital terciario.

Metodología

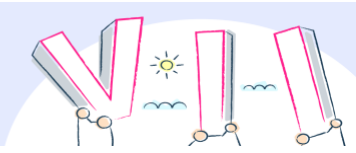
Estudio observacional retrospectivo de las infecciones por HPeV en menores de 18 años identificadas mediante PCR positiva en LCR, sangre, frotis faríngeo y rectal desde 2016 a 2022.

Resultados

Se incluyen 33 pacientes (54,5% varones) con mediana de edad de 7 meses [RI:1-15]. Los síntomas clínicos y hallazgos exploratorios más frecuentes fueron: fiebre (81,8%); síntomas catarrales (51,5%); diarrea (36,5%), exantema (27,3%); convulsiones (24,2%). El diagnóstico clínico más frecuente fue síndrome febril sin foco (FSF) (45,5%). Otros menos prevalentes fueron cuadros exantemáticos (9,1%); sepsis-like (6,1%); hepatitis, peri-miocarditis, encefalitis y broncoespasmo (3% cada uno). Un 84,4% precisó ingreso (mediana 3 días de hospitalización [RI: 2-4,75]), de los cuales un 15,2% requirió Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). De los ingresados en UCIP, un 20% necesitó ventilación mecánica, y un 60% presentó alteraciones analíticas (neutrófilos > 10000, PCR > 20, PCT > 0.5). Los niños con sepsis presentaron LCR sin pleocitosis, identificando el germen en muestras de sangre y faringe. Solamente se identificó parechovirus en LCR en un paciente, diagnosticado posteriormente de FSF, habiendo recibido antibioterapia y sin haber precisado ingreso en UCIP. Un 45,5% del total recibió tratamiento antibiótico. El serotipo mayormente identificado fue HPeV3 y un 9% presentó infección concomitante por Enterovirus.

Conclusiones

Las infecciones por HPeV cursan principalmente con síndrome febril, precisando en su mayoría ingresos de corta duración. Además de los cuadros clínicos más leves también pueden causar procesos más graves como sepsis-like que pueden requerir ingreso en UCIP.



COMUNICACIÓN 46

IMPACTO DEL SARS-COV2 EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: Del Arco Rodriguez Jorge ; Serrano Oarbeascoa Maria; Zugazabeitia Irazabal Amaia; Ortega del Rio Maite; Pérez Estevez Elena; Lizarraga Navarro Libe
Centros de trabajo: Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)

La bronquiolitis aguda (BA) es la causa más importante de ingreso en los pacientes menores de 2 años en nuestro medio. A raíz de la pandemia mundial COVID19 declarada el 10 de marzo de 2020, el número de ingresos por BA parece haber sufrido un cambio en su epidemiología. Nuestro objetivo es revisar las diferencias entre los pacientes ingresados antes y después de la aparición del SARS-CoV2, basándonos en diferentes parámetros epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. Para ello, analizaremos los datos de aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de BA en un hospital terciario durante los últimos 4 años.

MATERIAL Y MÉTODO:

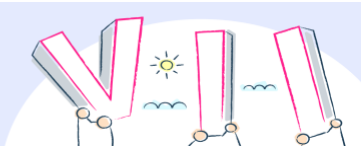
Realizamos un estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes ingresados con diagnóstico de BA de un hospital terciario desde el 1 de marzo de 2018 al 28 de febrero de 2022, agrupando dichos datos en 2 periodos de 2 años de duración y considerando el periodo de pandemia por SARS-CoV2 desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 28 de febrero de 2022.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 342 pacientes (53.22 % varones y 46.78 % mujeres). Se objetivó un menor número de pacientes hospitalizados en el periodo de pandemia (n 144 en época COVID vs n 198 en 2018-2020), mas llamativo respecto a la disminución progresiva ya existente de estos ingresos los años previos, así como un brote de casos en julio de 2021, diferente a la epidemiología previa de esta patología. Se vio un aumento en el número relativo de ingresos por VRS con respecto al periodo previo (83,09% del total frente a un 51,05%). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la edad (siendo más prevalente en pacientes entre 1 y 3 meses de vida), tipo de lactancia, clínica, gravedad al ingreso ni necesidad de tratamiento. Tampoco se objetivaron diferencias significativas en cuanto a la necesidad de ingreso en Cuidados Intensivos Pediátricos.

CONCLUSIONES:

Los ingresos por BA han disminuido a lo largo de los últimos años, habiéndose registrado una mayor caída durante el periodo de pandemia COVID 19, aunque la evolución y características de dichos pacientes no parece haber cambiado significativamente.



COMUNICACIÓN 47

HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS. ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR?

Autores: Sanjurjo Jiménez Isabel ; Barral Mena Estefanía; Pérez-Moneo Agapito María Ángeles; Navas Carretero Adriana; Herrero Mendoza Blanca; Pérez-Moneo Agapito Begoña
Centros de trabajo: Hospital Universitario Infanta Leonor

Introducción y objetivos:

La duración de la estancia hospitalaria es una medida de calidad asistencial. El índice de estancia media ajustada (IEMA) por hospital compara los días de ingreso de un hospital con los que se hubieran precisado en hospitales del mismo nivel de complejidad. Nuestro objetivo es determinar, en base a este índice, qué patologías se beneficiarían de cambios en nuestros protocolos de actuación.

Métodos:

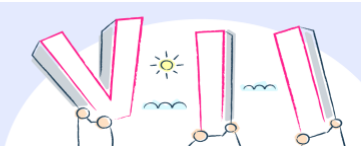
Tras consultar los IEMA clasificados por grupos relacionados por diagnóstico (GDR), seleccionamos dos en los que nuestro IEMA fue superior a 1 durante los años 2018-2021: infección del tracto urinario (ITU) y bronquiolitis. Posteriormente, realizamos una encuesta sobre la práctica clínica de nuestros facultativos, añadiendo en el caso de la bronquiolitis preguntas sobre los indicadores de calidad del Sistema de Medición de Enfermedades Respiratorias Pediátricas (PRIMES).

Resultados:

Los IEMA de nuestro centro en ITU y en bronquiolitis entre 2018-2021 fueron 1,07-1,26 y 0,95-1,12 respectivamente. En la tabla 1 se detallan los resultados de dicha encuesta.

Conclusiones:

El conocimiento de datos de gestión como el IEMA puede ayudarnos a detectar áreas de mejora y optimizar los recursos sanitarios. Sobre ITU, la implementación sistematizada del Gram de orina en menores de 3 meses puede ser útil al dirigir la antibioterapia empírica. En nuestro caso, la demora en los resultados microbiológicos nos condiciona, pero podría plantearse el uso de la hospitalización domiciliaria así como el cambio a vía oral dirigido gracias a estudios de resistencias de nuestra población. Sobre bronquiolitis, la utilización de protocolos de retirada precoz de OAF ha permitido acortar la duración de dicha terapia. La mayoría de los profesionales cumplen adecuadamente las afirmaciones sobre buenas prácticas en bronquiolitis PRISME. En estudios como el de Mersine et al. que analiza algunos indicadores PRISME, se ha relacionado la solicitud de VRS, hemocultivo y hemograma con una mayor estancia: en nuestro caso, el VRS se seguirá solicitando de rutina en temporada epidemiológica, manteniendo la solicitud seleccionada de hemograma y hemocultivo para descartar complicaciones. En la próxima temporada se elaborarán protocolos de trabajo que se difundirán y se analizarán los resultados.



COMUNICACIÓN 48

HOSPITALIZACIÓN POR ILEOCOLITIS: ¿SE PODRÍA ORIENTAR LA ETIOLOGÍA AL INGRESO?

Autores: Blanco Olavarri Pedro ; Pérez Moreno Jimena; López Pequeño Javier; Merino Hernández Amaia; González Martínez Felipe; González Sánchez M^a Isabel; Toledo Del Castillo Blanca; Rodríguez Fernández Rosa

Centro de trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

Introducción y objetivo:

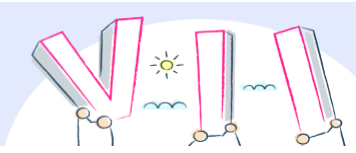
La ileocolitis es una causa frecuente de dolor abdominal. Se define como una inflamación que afecta al íleon y/o al colon. Supone un reto diagnóstico por su similitud clínica con la apendicitis y porque ninguna de sus causas tiene hallazgos patognomónicos en la ecografía. El objetivo de este estudio es identificar posibles marcadores clínicos y analíticos que orienten la etiología de la ileocolitis al ingreso.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo y analítico en el que se incluyeron niños de 2 a 15 años que ingresaron en los últimos 5 años con un diagnóstico ecográfico de ileocolitis. Se excluyeron aquellos con enfermedad inflamatoria intestinal. Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecográficas y microbiológicas. Se compararon las ileocolitis infecciosas frente a otras causas. Se construyó una curva ROC para evaluar la capacidad de la PCR para discernir entre estas causas. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$ (Sensibilidad: 94,74%, Especificidad: 83%).

Conclusiones:

Las causas infecciosas de ileocolitis son las más frecuentes, fundamentalmente por *Campylobacter jejuni*. La analítica y los hallazgos ecográficos son diferentes según la etiología. Es importante incluir en el estudio etiológico la determinación de la PCR para orientar el diagnóstico y el estudio microbiológico del paciente.



COMUNICACIÓN 49

FACTORES DE RIESGO PARA EL INGRESO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Autores: Gómez Garrido Pablo ; Suárez-Bustamante Huélamo María ; Villalobos Pinto Enrique ; Retuerta Oliva Azucena ; Cebolla Sousa Carolina ; Jiménez García Raquel ;
Centros de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid); Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los niños con patología crónica y complejidad (NPCC) ingresan con más frecuencia que el resto, ya sea por enfermedades agudas, cirugías o procedimientos diagnósticos. El objetivo del trabajo es analizar los principales factores de riesgo de ingreso hospitalario en una muestra de NPCC procedente de una consulta monográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo unicéntrico, que incluye los NPCC valorados en la consulta de un hospital terciario entre septiembre del 2020 y junio de 2022. Se registraron las principales variables epidemiológicas y clínicas, así como el número de hospitalizaciones. Posteriormente se realizó una comparativa entre pacientes que habían presentado uno o más ingresos frente a los que no, buscando posibles factores de riesgo. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS 22.0, utilizando las pruebas Chi-Cuadrado y t de Student.

RESULTADOS:

128 pacientes fueron incluidos. La edad media fue 8.73 ± 5 años. El 60.9% eran varones. El principal diagnóstico fue Parálisis Cerebral Infantil (PCI) (46.1%). Cada paciente recibía seguimiento por una media de 6.74 servicios. El 64.8% de los pacientes había ingresado en alguna ocasión, siendo la media de 2.35 hospitalizaciones por paciente. Al comparar entre pacientes ingresados y no ingresados (tabla 1), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables: sexo; diagnóstico de base; origen geográfico; crisis epilépticas; espasticidad habitual; motilidad (según GMFCS); estado vacunal; factores psicosociales (soporte familiar adecuado, impronta psicológica, ayudas recibidas y asistencia a terapias) o existencia previa de un pediatra gestor de caso. En cambio, sí se apreciaron diferencias al valorar las diferentes condiciones de cronicidad del paciente (tabla 1). De esta manera, se asoció mayor riesgo de ingreso a pacientes con afectación neurológica, gastrointestinal, respiratoria y cardiovascular; así como dependientes de soporte tecnificado. Por último, se encontraron diferencias significativas al comparar las medias del número de servicios de seguimiento entre pacientes hospitalizados y no hospitalizados (7.05 vs 6.18 , $p=0.03$).

CONCLUSIONES:

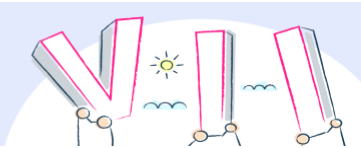
En nuestra muestra, el porcentaje de NPCC que precisaron uno o más ingresos fue alto. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de comorbilidad neurológica, gastrointestinal, respiratoria o cardiovascular; o la dependencia de soporte tecnificado.

PRESENTADA JUNTO A LA COMUNICACIÓN:

FACTORES DE RIESGO PARA EL IMPACTO PSICOLÓGICO EN FAMILIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Autores: Gómez Garrido Pablo ; Suárez-Bustamante Huélamo María ; Villalobos Pinto Enrique ; Retuerta Oliva Azucena ; Cebolla Sousa Carolina ; Jiménez García Raquel

Centro de trabajo: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús



COMUNICACIÓN 52

EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) EN HOSPITALIZACIÓN (DICIEMBRE 2020 – FEBRERO 2022)

Autores: Melé Casas Maria ; Pons Tomàs Gemma; Launes Montaña Cristian; Fernández de Sevilla Estrach Mariona; García-García Juan José

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Introducción:

El mini ejercicio de evaluación clínica (mini-clinical evaluation exercise o Mini-CEX) es una herramienta que facilita la observación y evaluación de las habilidades esenciales para los pediatras en formación y ofrece un feedback inmediato, lo que facilita el aprendizaje.

Objetivo:

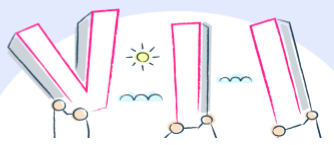
Evaluar la utilidad del uso de esta herramienta así como conocer la opinión de los residentes tras su implementación en planta de hospitalización. Métodos: Estudio descriptivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel en el que hay entre 12 y 16 residentes en formación por año. Entre diciembre de 2020 hasta febrero de 2022 se realizaron mini-CEX a los residentes en planta de hospitalización, siendo los evaluadores los pediatras adjuntos (un pediatra adjunto por evaluación). Cada mini-CEX se centra en uno de los apartados siguientes: anamnesis y exploración física / comunicación y profesionalismo / juicio clínico, valoración global y organización. Transcurridos unos meses se envió una encuesta vía e-mail a los residentes donde se valoraba la utilidad del mini-CEX.

Resultados:

Se realizaron un total de 41 Mini-CEX a 28 residentes de los cuales 14 (50%) eran residentes de primer año, 10 (35.7%) de segundo año, 3 (10.7%) de tercer año y 1 (3.5%) de cuarto año. Transcurridos 10 meses de media después de la realización del Mini-CEX, un 82.1% de los residentes recordaban los aspectos positivos destacados después del Mini-CEX y un 78.6% recordaban las propuestas de mejora. Un 71% recordaba tanto el feedback positivo como las propuestas de mejora. Un 92% de los que recordaban las valoraciones positivas coincidían de manera concreta con las registradas en la hoja de evaluación realizada el día del Mini-CEX, y solo coincidían un 72% de las propuestas de mejora. Todos los residentes encuestados creen que se trata de una herramienta útil para su formación y un 74% opina que deberían realizarse uno o más cada mes.

Conclusión:

El Mini-CEX es una herramienta que se percibe como útil y necesaria para la mejoría de las competencias clínicas de los residentes de pediatría. Las valoraciones positivas después del Mini-CEX se recuerdan más que las propuestas de mejoría.



COMUNICACIÓN 53

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA

Autores: Álvarez Merino, María ; Fernández Miaja, María ; Rodríguez Ovalle, Sara ; Calle-Miguel, Laura ; Fernández Montes, Reyes ; Alonso Álvarez, M^aAgustina ;

Centro de trabajo: Hospital Universitario Central de Asturias;

Introducción y objetivos:

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un componente central de la calidad asistencial. Una de las herramientas de seguridad más conocidas son las listas de verificación (LV) o checklist. El objetivo de este trabajo es analizar la utilidad de las LV en las plantas de hospitalización para la detección de errores y conocer el grado de adherencia a las mismas.

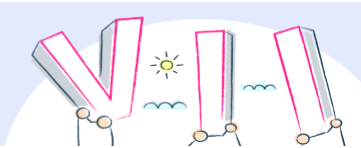
Métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en la planta de hospitalización de un hospital de tercer nivel. Se realizó una revisión de la cumplimentación de las LV registrando los errores detectados en un periodo de 6 meses. Las LV se cumplimentaban de manera conjunta con enfermería a final de la mañana de lunes a viernes, tras haber realizado el pase de visita y comentado los posibles cambios con enfermería.

Resultados: Se cumplimentaron 363 LV de los pacientes hospitalizados en 58 días de los 122 laborables (adherencia en cumplimentación: 47,5% de días). Se detectaron 97 errores. El 77,3% de los errores detectados fueron clasificados como errores de indicación, el 11,3% de dispositivos, el 7,2% de pruebas y el 4,1% de información. Ninguno de los errores se clasificaría como grave. En la tabla 1 se especifican los tipos de error.

Conclusiones:

Las LV mejoran la calidad asistencial porque permiten la detección de errores frecuentes en las indicaciones médicas. Sin embargo, es preciso incorporarlas en la rutina diaria de hospitalización para aumentar la adherencia en la cumplimentación de las mismas.



COMUNICACIÓN 54

ETIOLOGÍA EN LAS MENINGOENCEFALITIS, UN RETO A PESAR DE LA UTILIZACIÓN DE LAS PCRS PARA MÚLTIPLES PATÓGENOS

Autores: Pons Espinal Marina ; Launes Montana Cristian ; Esteva Afonso Cristina ; Fernández de Sevilla Mariona ; García García Juan José ;

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Introducción y objetivos:

La PCR para múltiples patógenos del panel meningitis/encefalitis de FilmArray® (FA-ME) en líquido cefalorraquídeo (LCR) es una herramienta diagnóstica de uso extendido. Los objetivos de este estudio son conocer la ratio de pacientes sin detecciones a pesar del uso de FA-ME y describir las características de los niños con detecciones respecto aquellos sin ellas, para valorar su utilidad en un uso sistemático.

Metodología:

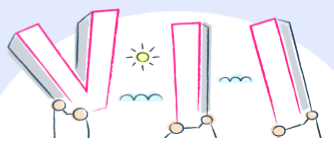
Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital pediátrico de tercer nivel entre junio 2021 y mayo 2022. Se incluyen todos los pacientes con sospecha de meningoencefalitis de 3 meses a 14 años. Se compararon variables demográficas y clínicas entre pacientes con y sin detecciones en el FA-ME (casos y controles, respectivamente). Se incluyó en el protocolo la posibilidad de ampliar retrospectivamente el reclutamiento de casos si el número fuera insuficiente. Se utilizaron técnicas de aprendizaje automático, para seleccionar los parámetros que mejor discriminaran aquellos pacientes con detecciones.

Resultados:

Durante el año de estudio se realizaron 34 FA-ME. En sólo 4 hubo detecciones y, por ello, se amplió la inclusión de casos. Finalmente, se incluyeron 10 casos y 30 controles (ratio 1:3). La detección más frecuente fue *S. pneumoniae* (4), seguida de *N. meningitidis* (2). El 75% de pacientes con etiologías bacterianas, tenían cultivos negativos. No hubo diferencias significativas entre grupos en edad, sexo o patología de base. En los casos, los signos meníngeos fueron el signo clínico más frecuente ($p < 0.01$). En sangre, presentaron mayores cifras de neutrófilos en bandas, proteína-C-reactiva y de procalcitonina, y menores cifras de linfocitos ($p < 0.05$); en LCR, mayor proteinorraquia y leucorraquia ($p < 0.05$). Las alteraciones en el TAC sólo se observaron en los casos ($p < 0.01$), mientras la RMN mostraba alteraciones en igual ratio. De todas las variables significativas en el univariante, tener ≥ 350 bandas/mm³ o 3 en sangre; así como ≥ 70 leucocitos/campo y/o ≥ 195 mg/dL de proteínas en LCR, fueron las variables que mejor discriminaban los casos.

Conclusión:

A pesar del uso de FA-ME, la mayor parte de meningoencefalitis quedan sin diagnóstico etiológico. El uso de FA-ME puede estar especialmente indicado en casos con sospecha de meningitis bacteriana, así como si existe proteinorraquia significativa o linfopenia.



COMUNICACIÓN 55

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES GRAVES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Autores: Villarroya-Villalba, Álvaro

Centro de trabajo: Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

Introducción y objetivos:

Las infecciones graves por *S. aureus* (piel y partes blandas (IPPB), osteoarticulares, bacteriemia, etc) continúan siendo motivo frecuente de ingreso hospitalario y en muchos casos requieren antibioterapia prolongada y/o cirugía. El objetivo es describir los casos de infecciones graves por *S. aureus* en un hospital pediátrico de 3er nivel.

Métodos:

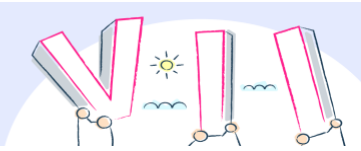
Se seleccionaron aquellos pacientes de 0 a 15 años ingresados con infecciones graves por *S. aureus* de mayo de 2017 a mayo de 2022, recogiendo datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Mediante el programa SPSS se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos, así como los intervalos de confianza al 95% (IC95%) de las variables relevantes.

Resultados:

Se recogieron 150 casos, con una prevalencia anual estable salvo cierto aumento en 2020. Aproximadamente la mitad tenían menos de 5 años y el 60% eran varones. El 69,7% procedían de un país perteneciente a la Unión Europea y se consideró un origen comunitario de la infección en el 76% de los casos. El grupo de patologías más frecuentes fueron las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) en el 58%, seguidas de las osteoarticulares, sepsis/bacteriemia y otras (30%, 7,3% y 4,7% respectivamente). La prevalencia de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) fue del 19,5% (IC95%: 13-25,9%), con distribución desigual entre categorías y la de *S. aureus* resistente a clindamicina fue del 14% (IC95% 8,4-19,6%). Hubo únicamente 5 casos con resistencia combinada a ambos antibióticos (3,33%; IC95% 0,05-6,2%). Los principales antibióticos empíricos usados fueron amoxicilina-clavulánico y cloxacilina/cefazolina. Se asoció la clindamicina en aproximadamente uno de cada cuatro casos. Dada la prevalencia de resistencias a meticilina y a clindamicina en esta serie, la pauta empírica de cloxacilina o cefazolina junto a clindamicina tendría una cobertura teórica del 96,67% (IC 95% 93,8-99,5%) de las cepas aisladas.

Conclusiones:

Estas infecciones siguen siendo un reto por su presentación variable, haciendo compleja la elección de la antibioterapia inicial. Por ello, la combinación de cloxacilina/cefazolina y clindamicina podría ser una buena opción inicial para la mayoría de casos.



COMUNICACIÓN 57

ESTUDIO DE LAS DISFUNCIONES DE DISPOSITIVOS DE DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

Autores: Ciudad Celdrán María ; Pellicer Casanova Laura ; Hernández García María ; Armero Campos Georgina ; Velasco Arnáiz Eneritz ; Launes Montaña Cristian ; Becerra Castro M^aVictoria ; Hinojosa Mena Bernal José ; Fernández de Sevilla Estrach Mariona ; García García Juan José ;
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Introducción:

Los dispositivos de derivación de LCR son el principal tratamiento de la hidrocefalia. Existen diferentes tipos: derivaciones ventrículo-peritoneales (DVP), ventrículo-atriales (DVA) y ventrículo-pleurales (DVPI) y drenajes ventriculares externos (DVE). Según la literatura la infección es una de las principales causas de disfunción, con una incidencia del 5-20% en dispositivos internalizados y del 9-20% en DVE. El objetivo es describir las características epidemiológicas, analíticas y microbiológicas de las disfunciones de dispositivos de derivación de LCR.

Métodos:

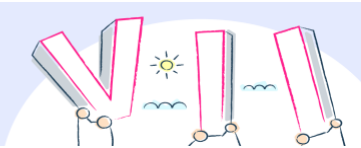
Estudio descriptivo, analítico y retrospectivo. Se incluyeron pacientes pediátricos (0-18 años) portadores de dispositivos de derivación de LCR con clínica de disfunción, desde enero 2020 a diciembre 2021. Para la definición de infección se siguieron los criterios de la *Hydrocephalus Clinical Research Network* (HCRN): 1. Cultivo o tinción de Gram de LCR positivos, cultivo de herida o del contenido del pseudoquiste 2. Erosión/úlceras por decúbito del dispositivo 3. Pseudoquiste abdominal (sin cultivo positivo) 4. Hemocultivo positivo en pacientes con DVA

Resultados:

Se identificaron 69 episodios de disfunción en 34 pacientes. 64.7% eran varones y la mediana de edad fue 8 años [IQR 2.6-14]. La principal causa de necesidad de derivación de LCR fue tumoral (46.4%), seguido de hemorragia intraventricular en prematuros (29.0%) y meningitis (11.6%). Se detectó infección como causa de disfunción en 12 episodios (17.4%), siendo el resto de causa mecánica. La estancia mediana fue 9 días. El 60.9% ingresó en UCI, con una estancia mediana de 24 horas. Entre los episodios de infección, en 9 (75%) se obtuvo un cultivo de LCR positivo, siendo *S.epidermidis* el microorganismo aislado más frecuentemente (46.1%). Se completó estudio con array de sepsis en LCR, negativo en todos los casos. La mediana de antibioterapia recibida fue de 14 días. Se compararon las bioquímicas del LCR entre el grupo de disfunción mecánica con el grupo de disfunción por infección, observando disminución del nivel de glucosa en el segundo grupo con significación estadística.

Conclusiones:

La principal causa de disfunción de dispositivo de derivación de LCR es la mecánica. No obstante, las infecciones de estos dispositivos conllevan una elevada morbilidad por lo que es preciso definir sus características con tal de optimizar su manejo.



COMUNICACIÓN 58

ESTANCAMIENTO PONDERAL EN EL LACTANTE QUE INGRESA: ¿QUÉ HAY DETRÁS?

Autores: Zorrilla Sarriegui Ainhoa ; García Alonso Marta; Quintana García Oriol; Pérez Estévez Elena; Ortega Del Río Maite; Zugazabeitia Irazabal Amaia

Centros de trabajo: Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)

Introducción y objetivos:

El estancamiento ponderal es un motivo de consulta e ingreso frecuente en el lactante. Aunque en la mayoría de los casos la causa subyacente es un aporte calórico inadecuado, en ciertas ocasiones representa la manifestación inicial de una patología más grave, por lo que se propone una revisión de los casos ingresados por estancamiento ponderal en la Planta de un hospital terciario en el transcurso de los últimos 6 años.

Métodos:

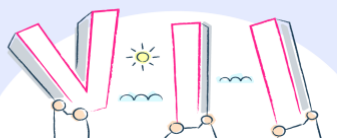
Estudio unicéntrico, retrospectivo, descriptivo. Se estudian los lactantes ingresados en planta de pediatría del 1/01/2017 al 31/05/2022 diagnosticados de “estancamiento ponderal” o “fallo de medro” (codificación CIE-10) que cumplan los siguientes criterios: descenso progresivo de dos o más percentiles mayores de peso para la edad y/o peso mantenido por debajo del percentil 3 (n=53). Se revisa la historia clínica electrónica, recogiendo variables demográficas, antropométricas, clínicas, pruebas complementarias, intervenciones nutricionales y evolución. Se realiza un análisis univariante mediante parámetros descriptivos con programa SPSS® (versión 23, IBM Corporation).

Resultados:

Entre los 53 pacientes incluidos en el estudio, el 57% tienen factores de riesgo previos. En la mitad de los pacientes analizados, el estancamiento ponderal empieza en los primeros dos meses de vida y es el pediatra de atención primaria el que lo detecta en el 62% de los casos, siendo la edad mediana al ingreso 7 meses y permaneciendo ingresados 5 días (mediana). El motivo más frecuente de ingreso es el rechazo persistente de la alimentación. La causa subyacente más frecuente es el déficit de aportes y hasta en un 52% se identificó una causa orgánica (más frecuentemente: digestivas y genéticas). La mayoría de los pacientes precisaron cambios en cantidad o calidad de la alimentación y hasta un 59% precisó en algún momento del seguimiento un dispositivo para alimentación enteral. Durante los primeros dos años de vida, más de dos tercios presentaron una recanalización de peso y talla.

Conclusiones:

El ingreso hospitalario por estancamiento ponderal es necesario cuando fracasa el manejo extrahospitalario. En más de la mitad de estos pacientes se detecta una causa orgánica para dicho estancamiento y precisan dispositivos para alimentación enteral y más de dos tercios presentan una recuperación nutricional.



COMUNICACIÓN 59

DOSIFICACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS

Autores: Hernández Sabater Laura ; Alcalá Minagorre Pedro J; Rodríguez Marrodán Belén

Centros: Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante); Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

Introducción y objetivos:

La dosificación en pacientes con sobrepeso y obesidad puede suponer una situación de riesgo, con la posibilidad de situaciones de sobre o infradosificación. Pese a tratarse de un grupo tan numeroso, en el momento actual se carece de recomendaciones específicas para su dosificación. Esta situación es potencialmente más grave con los medicamentos considerados de alto riesgo. El objetivo de este estudio es evaluar grado de conocimiento y prácticas de dosificación de personal médico que prescribe este tipo de fármacos de alto riesgo en la hospitalización pediátrica de dos centros hospitalarios.

Métodos:

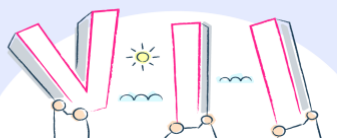
Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario dirigido a médicos adjuntos y residentes de pediatría, anestesiología y cirugía pediátrica que desarrollan su labor asistencial en el ámbito de la hospitalización pediátrica de dos centros hospitalarios (tercer y segundo nivel). Se evaluó la percepción de riesgo a la hora de dosificar a este grupo de pacientes, la prescripción de una serie de medicamentos incluidos en una lista modelo de fármacos considerados de alto riesgo y si establecían en la práctica algún tipo de ajuste. Se formularon las mismas preguntas en relación específicamente con el paracetamol y a la fluidoterapia intravenosa. El cuestionario estaba formado preguntas con respuestas de opción múltiple, otras con escala lineal de Likert de 5 puntos y también preguntas abiertas.

Resultados:

Se obtuvieron 42 respuestas (tasa de respuesta 41%). Los resultados de la encuesta se resumen en la tabla I. El 88% indicó que la sobredosificación era una situación de riesgo en pacientes con sobrepeso. El 28,8% y el 31% realizaban ajustes habitualmente con el paracetamol y a la fluidoterapia. El 81% de los participantes prescribía fármacos de alto riesgo, y de este grupo, el 31% realizaba ajustes de forma habitual en pacientes con sobrepeso/obesidad. La metodología de ajuste mostró un alto grado de heterogeneidad.

Conclusiones:

Pese a la percepción de la situación de riesgo, la mayor parte de los profesionales no realiza ajustes de dosificación en sobrepeso/obesidad. Se debe disminuir la variabilidad en la práctica clínica mediante recomendaciones específicas, especialmente con fármacos de alto riesgo y/o amplia utilización.



COMUNICACIÓN 60

DEMANDA DE SEDACIÓN EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN CENTRO TERCIARIO REALIZADA POR EL PEDIATRA INTERNISTA HOSPITALARIO

Autores: Oltra Benavent Manuel ; Ferrer Lorente Begoña; Ferrer Lorente María Belen; Bosch Romeu Ana; Casero Almenar Blanca Amparo; Cayuela Hernández Alba; Monteagudo Montesinos Emilio
Centro: Hospital Politécnico Universitario La Fe (Valencia)

Introducción y objetivos:

Entre la cartera de servicios del Pediatra Internista Hospitalario (PIH) se encuentra la sedación para procedimientos dolorosos de diagnóstico o tratamiento en pacientes clasificados de bajo riesgo . Estos procedimientos están cada vez más demandados en las salas de hospitalización, requiriendo mayor protocolización y personal entrenado, siendo actualmente muy seguros. El objetivo es cuantificar la carga asistencial que suponen dichos procedimientos en un hospital terciario así como su seguridad.

Método:

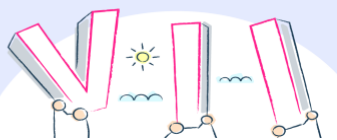
Se revisan el total de procedimientos de sedación moderada/profunda en pacientes ASA I-II en la sala de hospitalización pediátrica médico-quirúrgica (se excluyen neonatología y oncología) realizados por el PIH, con formación en RCP avanzada y de forma protocolizada. Se analiza la actividad desde 2017 a 2021: número total de sedaciones, media de sedaciones anual, porcentaje de pacientes sedados respecto al total atendidos (hospitalización pediatría general+interconsultas +sedaciones), porcentaje de eventos críticos durante la sedación.

Resultados:

La media anual de ingresos atendidos por la Sección de Pediatría Interna Hospitalaria fue de 1387 pacientes (41,6% del total) de los cuales el 20% lo fue en régimen de interconsulta y un 3,9% para sedación. Se realizaron 271 sedaciones durante el periodo analizado lo que supone una media de 54 procedimientos/año (rango 41-74). Solamente se registraron 2 eventos críticos (0,73%) con apnea que se resolvieron con ventilación con bolsa anestésica durante unos minutos.

Conclusiones:

La sedación por el PIH supone una demanda asistencial a considerar en términos de gestión tanto en su número total como en el esfuerzo realizado para su protocolización y formación. El estudio presenta dos sesgos relevantes, no se registraron los procedimientos de sedación mínima con óxido nitroso y la coincidencia con la pandemia COVID-19 donde se redujeron notablemente los ingresos médico-quirúrgicos. Ambos aspectos subestiman el volumen real anual de la actividad relacionada con la sedación realizada por el PIH. La seguridad del procedimiento es muy elevada aplicando los requisitos de protocolización y formación, no obstante, sería necesaria una guía de manejo del procedimiento acreditada por la Asociación Española de Pediatría y las distintas Sociedades de Especialidades, como ha hecho la Academia Americana de Pediatría, para obtener un respaldo tanto institucional como legal.



COMUNICACIÓN 61

CONSUMO DE RECURSOS Y COMPLICACIONES PRINCIPALES DURANTE EL INGRESO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Autores: Gómez Garrido Pablo ; Suárez-Bustamante Huélamo María; Villalobos Pinto Enrique; Retuerta Oliva Azucena; Cebolla Sousa Carolina; Jiménez García Raquel
Centros de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid); Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Según la literatura, los niños con patología crónica y complejidad (NPCC) ingresan con más frecuencia, su estancia media es más prolongada y asocian más complicaciones que los demás. El objetivo del trabajo es analizar el consumo de recursos y las complicaciones en ingresos hospitalarios de NPCC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

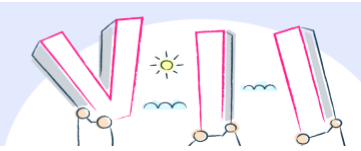
Estudio retrospectivo unicéntrico, que incluye los ingresos entre junio de 2017 y junio de 2022 de los NPCC seguidos en la consulta de un hospital terciario. Se contabilizaron los principales recursos sanitarios precisados, la estancia media y la necesidad de Cuidados Intensivos (UCI); analizando posibles factores de riesgo. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS 22.0, utilizando las pruebas Chi-Cuadrado, t de Student y Anova.

RESULTADOS:

128 pacientes fueron registrados. El 64.8% ingresó en al menos una ocasión (219 hospitalizaciones totales). La edad media fue 7.65 ± 5.6 años, siendo el 60.3% varones. La principal patología de base fue parálisis cerebral infantil (45.7%). Los principales recursos sanitarios precisados fueron: pruebas de laboratorio (63%); radiografías (52.5%); fluidoterapia (47.5%); interconsultas (42.9%); anticonvulsivantes (36.5%); antibioterapia (29.7%); nutrición enteral (19.6%) y oxigenoterapia (19.2%). La estancia media fue 5.59 ± 6.4 días. Se realizó una comparativa buscando posibles causas de incremento (tabla 1). No se detectaron diferencias al analizar sexo, origen geográfico, patología de base, comorbilidades, dependencia de soporte tecnificado y diagnóstico al alta. Sin embargo, sí existió un aumento estadísticamente significativo en relación con el motivo de ingreso (mayor en enfermedades agudas), causa de la enfermedad (mayor si etiología infecciosa) y servicio a cargo (mayores estancias en Pediatría, Neurocirugía y Cuidados Paliativos). El 17.3% precisó UCI (estancia media 4.61 ± 5.7 días.). El porcentaje fue mayor en cirugías programadas (principalmente procedimientos neuroquirúrgicos) e ingresos a cargo de Pediatría, Neurocirugía y Traumatología. No se hallaron diferencias relacionadas con variables epidemiológicas o patología de base (tabla 1)

CONCLUSIONES:

Los pacientes de nuestro estudio presentaron una estancia media prolongada y un número alto de hospitalizaciones en UCI. En ambos casos, su incremento estuvo relacionado con el motivo de ingreso y no con las características del paciente. El consumo de recursos sanitarios fue importante.



COMUNICACIÓN 62

CONDUCTA SUICIDA EN PEDIATRÍA: TENDENCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. ¿QUÉ PAPEL DEBERÍA JUGAR EL PEDIATRA HOSPITALISTA?

Autores: Singla Mila Rosa María ; Sevilla Hermoso Paula ; Lecina Monge Laura Pilar ; Cano Cámara Iván ; Vila Grifols Maria del Mar ; Villar Cabeza Francisco ; Fernández de Sevilla Estrach María ; García García Juan José

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El sufrimiento emocional que ha causado la pandemia por SARS-Cov-2 ha provocado un aumento de la conducta suicida en población pediátrica a nivel mundial. El Pediatra de hospitalización habitualmente maneja los aspectos médicos de estos pacientes y no suele participar del seguimiento una vez resueltos los mismos. El objetivo de este trabajo es describir los casos de conducta suicida en un centro pediátrico de tercer nivel con el fin de demostrar su importancia dentro de la hospitalización pediátrica y ofrecer estrategias para mejorar la atención de estos pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS:

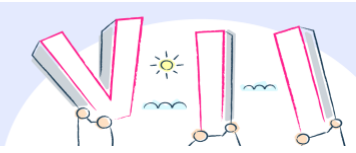
Estudio observacional y descriptivo de los pacientes que acudieron a Urgencias entre 2014 y 2021, manifestando conducta suicida (desde ideación hasta suicidio consumado) en un hospital terciario pediátrico. Se realiza comparación y revisión bibliográfica sobre estrategias de prevención a nivel hospitalario por parte de los pediatras.

RESULTADOS:

Se registraron un total de 3130 casos de conducta suicida, con una edad media de 14.9 años y predominio del sexo femenino (80%). Destaca como método predominante la intoxicación farmacológica (90% en mujeres y 72% en hombres). Desde el 2014 se observa un aumento gradual de los casos año a año. Este incremento se exagera mucho durante el año de la pandemia, en el que se ha podido observar un aumento de aproximadamente el 36% de la conducta suicida (2020 respecto 2019). El incremento total en 2021 respecto al 2014 es del 239%.

CONCLUSIONES:

Se evidencia un aumento de casos registrados de conducta suicida en nuestro hospital que se correlaciona con datos a nivel mundial. Muchos de estos pacientes requieren valoración por parte del pediatra hospitalista para control de los problemas médicos derivados de la conducta suicida, lo que supone una oportunidad para que el pediatra colabore y participe en las estrategias de prevención, manejo y seguimiento de estos pacientes. Ejemplos de estas estrategias serían: 1/ aumentar el conocimiento de esta patología mediante cursos-talleres para pediatras. 2/ Mejorar la capacitación de familiares y pacientes durante el ingreso en planta de hospitalización. 3/ Asegurar la vinculación del paciente con los servicios comunitarios y 4/ identificar pacientes con factores de riesgo de conducta suicida para vincularlos precozmente con servicios especializados.



COMUNICACIÓN 63

COMPARACIÓN DE TRES ESTRATEGIAS DE DOSIFICACIÓN EN PACIENTES CON SOBREPESO/OBESIDAD EN EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: Hernández Sabater Laura ; Alcalá Minagorre Pedro J; Rodríguez Marrodán Belén

Centros: Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante); Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid)

Introducción:

El ajuste de dosificación en pacientes pediátricos con sobrepeso-obesidad no está sistematizado en la práctica clínica, lo que puede suponer una amenaza para la seguridad con aquellos medicamentos considerados de alto riesgo.

Objetivo:

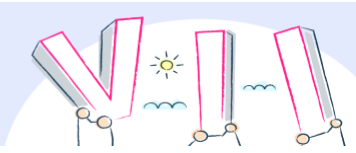
Comparar tres estrategias de dosificación de un listado de fármacos empleados en emergencias en una población hipotética con sobrepeso-obesidad, y cuantificar la relevancia de las diferencias obtenidas. Material y métodos. Se evaluaron dosis obtenidas mediante peso corporal ideal (PCI) según la fórmula del IMC, peso corporal total (PCT) y el obtenido mediante longitud con la Regla de Urgencias Vitales del Hospital Niño Jesús (RUVHNJ) en una población hipotética de 48 sujetos pediátricos. Esta población comprendía varones y mujeres de 2-9 años con PCI (IMC p50), sobrepeso (IMC p90), y obesidad (IMC p95 y p97), todos con talla p50 según los Estudios Españoles de Crecimiento. Los fármacos evaluados correspondían a una lista modelo de 49 fármacos empleados en emergencias pediátricas de la Academia Americana de Pediatría. Se señalaron aquellos considerados de alto riesgo según una adaptación pediátrica del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos. Se midieron diferencias obtenidas al dosificar mediante PCT y el estimado por longitud según RUVHNJ con respecto al PCI. Se consideraron relevantes diferencias >10% y como potenciales errores médicos las >20%. Se determinó también si se superó la dosis máxima recomendada para cada fármaco.

Resultados:

No se encontraron diferencias >10% entre las dosis calculadas con el PCI y la RUVHNJ en los sujetos estudiados. En dosis obtenidas mediante el PCT en pacientes con sobrepeso, se obtuvieron diferencias >20% con respecto al PCI en mujeres de 7-9 años y varones de 8 años. Todos los pacientes ≥ 5 años con obesidad presentaron diferencias mayores al 20% (rango 21-40%) con respecto al PCI (Tabla I). Al emplear el PCT en pacientes obesos se excedió la dosis máxima en 15 fármacos (5 considerados de riesgo), en algunos casos a partir de los 4 años.

Conclusiones:

Las diferencias obtenidas pueden ser relevantes en la atención de emergencias de pacientes con sobrepeso-obesidad. Urgen estrategias de dosificación específicas para esta población con aquellos fármacos considerados de alto riesgo.



COMUNICACIÓN 64

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUMONÍAS POR SARS-CoV-2 EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Pavón Ortiz Alba ; Arguedas Casamayor Noelia ; Solito Claudia ; Hernández García Maria.
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Introducción y objetivos:

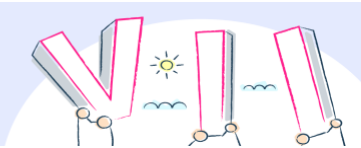
En comparación con la población adulta, en los pacientes pediátricos se ha descrito una menor incidencia de neumonía COVID-19, paralelo a una menor gravedad del cuadro clínico y una menor mortalidad. Los factores de riesgo asociados a gravedad son la edad (más grave en adolescentes) y la presencia de comorbilidad (inmunodepresión, patología neurológica, pulmonar, etc). El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los pacientes pediátricos ingresados con neumonía por SARS-CoV-2 e identificar factores de riesgo asociados a gravedad.

Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron los datos clínicos, analíticos, microbiológicos y radiológicos de los pacientes pediátricos (0-18 años) con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 ingresados en un hospital de tercer nivel en el periodo 1/3/2020-1/3/2022.

Resultados:

Ingresaron 41 pacientes, 58.5% eran varones y 58% mayores de 12 años. El 83% tenía al menos un antecedente de interés, siendo los más frecuentes: asma/broncoespasmos de repetición, sobrepeso/obesidad y prematuridad.



COMUNICACIÓN 65

CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Pavón Ortiz Alba ; Arguedas Casamayor Noelia ; Solito Claudia ; Hernández García Maria
Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Introducción y objetivos:

La presentación clínica de la COVID-19 en la población pediátrica es descrita en literatura con una menor gravedad del cuadro clínico y menor mortalidad. Los factores de riesgo que han sido asociados a gravedad son la edad (más grave en adolescentes) y la presencia de comorbilidad. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes pediátricos con COVID-19 ingresados en nuestro centro.

Métodos:

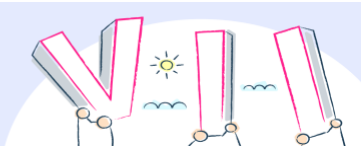
Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron los datos clínicos, analíticos, microbiológicos y radiológicos de los pacientes pediátricos (0-18 años) con diagnóstico de COVID-19 ingresados en un hospital pediátrico de tercer nivel en el periodo 1/1/2020-31/12/2021.

Resultados:

Ingresaron 230 pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2, un 57% de sexo masculino. En 158 pacientes el motivo de ingreso fue la infección por SARS-CoV2 (edad mediana 4,6 años); en 72 casos fue un hallazgo casual (edad mediana 9,6 años). En los casos en los que la infección por SARS-CoV2 motivó el ingreso, 58 pacientes tenían antecedentes previos. Los más frecuentes fueron las patologías neurológicas (24), broncoespasmos/asma (16) y obesidad/sobrepeso (11). Ningún paciente había recibido la pauta completa de vacunación. De los 158 pacientes en los que la infección por SARS-CoV-2 motivó el ingreso, hubo 32 casos de infección asintomática o paucisintomática; 27 PIMS; 35 casos de fiebre sin foco en lactante; 5 casos de neutropenia febril; y en 50 pacientes la infección cursó con cuadro respiratorio (bronquiolitis, broncoespasmo, neumonía o bronconeumonía). De estos, 40 pacientes precisaron algún tipo de soporte respiratorio: 26 recibieron gafas nasales convencionales, 4 oxigenoterapia de alto flujo, 6 VNI y 4 VM. Ningún paciente recibió ECMO. Se detectó coinfección por otros virus en 4 casos, 2 de los cuales por VRS. En 13 casos se demostró coinfección bacteriana. 2 pacientes fallecieron.

Conclusiones:

La infección por SARS-CoV-2 en la población pediátrica es un cuadro más leve con respecto al descrito en la población adulta, cursando con menor gravedad y mortalidad. En un tercio de los casos estudiados, la infección fue un hallazgo casual y no la causa del ingreso. De los ingresados por COVID-19, solo un tercio de ellos cursó con cuadro respiratorio.



COMUNICACIÓN 66

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE NIÑOS INGRESADOS POR INGESTA DE CAUSTICOS

Autores: De La Sen De La Cruz Laura; Toledo Del Castillo Blanca; Minguenza De La Paz Irene ; Perea Fuentes Iciar ; González Sánchez María Isabel ; González Martínez Felipe ; Pérez Moreno Jimena ; Rodríguez Fernández Rosa

Centro de trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La ingesta de cáusticos supone un problema de salud pública que en el 80% de los casos afecta a población pediátrica y puede provocar una elevada morbilidad. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes ingresados por ingestas cáusticas y encontrar puntos de mejora en su prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

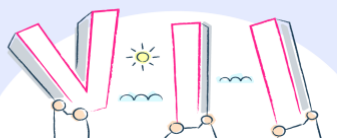
Estudio observacional, retrospectivo, analítico. Incluye pacientes entre 0 y 16 años ingresados por ingesta de cáusticos entre enero 2018 y mayo 2022. Se analizan variables demográficas y clínicas, expresando los resultados como medianas y rangos intercuartílicos(RIQ). Se realiza test exacto de Fisher para valorar asociación.

RESULTADOS:

Se incluyen 27 pacientes(59,3%varones) con una mediana de edad de 22 meses (RIQ16-43). En el 74,1% el agente implicado tenía ph alcalino, 7,4% ácido y 18,5% desconocido. En el 96,3% de los casos(n=26) la ingesta fue accidental, de los cuales en el 34,6% se llevaron a cabo medidas inadecuadas por parte de los cuidadores y en el 23% el agente implicado estaba en un envase inadecuado. El 85,2% presentaron clínica y el 63% exploración física patológica. Los hallazgos en las pruebas complementarias se recogen en la Tabla I. En un 14,8% de los pacientes fue necesario hacer seguimiento por servicios sociales, existiendo en un paciente una intoxicación asociada por cocaína. No se encontraron diferencias significativas entre los hallazgos en la endoscopia y la presencia de clínica(p0,66), las medidas iniciales inadecuadas(p0,67) o los almacenamientos inadecuados(p0,61), y sí se encontraron diferencias con la exploración física patológica(p0,04).

CONCLUSIONES:

La ingesta accidental de cáusticos afecta mayoritariamente a lactantes y niños preescolares, estando implicados en la mayoría de los casos agentes con pH alcalino. No encontramos asociación entre la clínica y los hallazgos endoscópicos, resultados similares a los descritos en la literatura, no debiendo ser el único dato a tener en cuenta para indicar endoscopia. Destaca el elevado porcentaje en el que el producto estaba fuera de su envase de seguridad y las medidas inadecuadas llevadas a cabo por parte de sus cuidadores, por lo que la educación sanitaria al respecto podría suponer una disminución de su incidencia y de sus consecuencias clínicas.



COMUNICACIÓN 67

BACTERIEMIA OCULTA: DE LA SOSPECHA A LA REALIDAD

Autores: Romero Rubio María Teresa ; Rodrigo Abril Isabel; Sala Martínez María; Lucas Sáez Elena; Álvaro Toquero Elena; Costa Alcacer Inés

Centros de trabajo: Hospital de Manises (Valencia)

Introducción:

La sospecha de bacteriemia oculta ante una fiebre sin foco es un frecuente motivo de ingreso en niños menores de 3 años. La elevación de reactantes de fase aguda apoya el diagnóstico inicial, aunque en la mayoría de casos los hemocultivos son negativos.

Objetivo:

Describir las características clínicas, analíticas, tratamiento y evolución de los niños ingresados por sospecha de bacteriemia en un hospital comarcal.

Métodos:

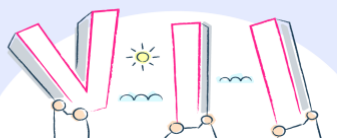
Estudio descriptivo de los niños ingresados por sospecha de bacteriemia oculta entre enero 2021 y agosto 2022 en nuestro centro. Se analizan: edad, tiempo de evolución de fiebre y temperatura máxima, parámetros analíticos al ingreso (leucocitos, porcentaje de polimorfonucleares, PCR y PCT), antibiótico instaurado, días de ingreso, tratamiento al alta y resultado final de hemocultivos.

Resultados:

Se recogen datos de 38 pacientes (2,77% del total de ingresos en este periodo, n=1368), siendo el 84% menores de 3 años. Edad media 23 meses (mediana 16 meses), con un tiempo medio de evolución de fiebre de 44,8 horas y una temperatura máxima media de 39,6oC. Aunque la mayoría (60,5%) presentaban TEP estable y buen estado general a su llegada, la fiebre se acompaña de leucocitosis con neutrofilia (media leucocitos 18224/mm³ con 67,5% polimorfonucleares) y elevación de PCR (media 67,5 mg/L) y PCT (media 2,67 ng/mL). En un 54 % de los casos se solicitó PCT con >24 h de evolución de la fiebre. Todos ingresaron con Cefotaxima intravenosa, que se mantuvo una media de 3,2 días. Solo en uno de los pacientes (2,6%) se aisló germen en el hemocultivo (*Moraxella spp*), mientras que la amplia mayoría fueron negativos (81,5%; n=31) o contaminados (15,7%; n=6). El tratamiento se mantuvo de forma ambulatoria al alta completando una media de 7,7 días con Amoxicilina-clavulánico (64,7%), Cefixima (23,5%) y Cefuroxima (8,8%). Todos presentaron una evolución favorable.

Conclusiones:

No existe una clara correlación entre la elevación de reactantes de fase aguda y la confirmación bacteriológica por hemocultivo, por lo que sería necesario analizar en profundidad los valores de normalidad de PCT, así como consensuar el tratamiento antibiótico idóneo tras el alta hospitalaria.



COMUNICACIÓN 68

ASISTENCIA A LAS NECESIDADES RELACIONADAS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS COMPLEJOS Y SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autores: Godoy Molina Elena ; Fernández Fernández Laura; Escribano Delgado María Luz; Cordon Martínez Ana; Madrid Rodríguez Aurora; Rivera Cuello Mercedes

Centro de trabajo: Hospital Regional Universitario Málaga

Introducción y objetivos:

La terapia ocupacional (TO) busca el desarrollo de la mayor autonomía posible en el desempeño de actividades básicas de pacientes y familia/cuidadores. Los pacientes crónicos complejos y subsidiarios de cuidados paliativos (PCC/ CPP) forman un grupo heterogéneo en el que la TO debería estar incluida como una prestación más. Sin embargo, en la práctica clínica diaria, los profesionales objetivamos que existe una baja asistencia. Nuestro objetivo es valorar la presencia y cobertura de necesidades relacionadas con TO en pacientes PCC/ CPP en seguimiento en una unidad especializada de un centro de tercer nivel.

Métodos:

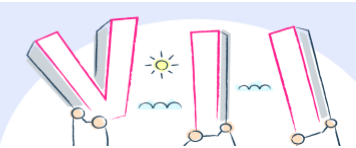
Estudio descriptivo en el que se analiza la presencia de necesidades relacionadas con TO mediante la escala WeeFim (desempeño funcional en actividades de la vida diaria) en una muestra de PCC/ CPP. La escala se aplicó mediante observación directa y entrevista presencial y/o telefónica a cuidadores. Todo paciente con algún grado de dependencia (puntuación global 0-6) fue subsidiario de TO. Posteriormente, se analizó la cobertura de dichas necesidades mediante entrevista a la familia. A su vez, se realizó una consulta centros de atención infantil temprana (CAIT) de la provincia para conocer si disponían de TO.

Resultados:

Se aplicaron 41 escalas. Todos los pacientes presentaban necesidad de TO; el 22%(9/41) la recibía, dos a nivel público (centro hospitalario), el resto privado (dos a través de fundación, cinco financiada por la familia). Solo 2/9 familias supieron explicar la utilidad de la TO. El 83%(34/41) recibía fisioterapia motora. De los 31 CAIT entrevistados solo uno cuenta con TO, en el centro hospitalario del estudio se cuenta con dos TO con contratos parciales. En varios de los CAIT desconocían la figura del terapeuta ocupacional.

Conclusiones:

En nuestra muestra las necesidades de TO no se encuentran cubiertas y la mayoría de pacientes que la reciben lo hacen a nivel privado. Existe además un escaso conocimiento general sobre su utilidad. Sí existe una amplia cobertura de fisioterapia motora. En la provincia existe baja presencia de TO en CAIT y centro hospitalario de referencia; se deduce que no es posible una adecuada cobertura de las necesidades de TO de los pacientes.



COMUNICACIÓN 69

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS MOLECULARES AL ESTUDIO ETIOLÓGICO DE LA NEUMONÍA ATÍPICA O INDETERMINADA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Autores: Bote Gascón Patricia ; Del Rosal Rabes Teresa; Falces Romero Iker; Méndez Echevarría Ana; Alonso García Luis Alfonso; Calvo Rey Cristina

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Introducción y objetivos:

En la mayoría de casos de neumonía no es posible establecer un diagnóstico microbiológico. En los pacientes que no cumplen criterios de neumonía típica, el manejo es muy variable. Aunque los principales agentes causales son los virus respiratorios, es frecuente la prescripción de antibióticos. Los objetivos de nuestro trabajo son describir la etiología de las neumonías atípicas e indeterminadas en niños y el uso de antibióticos en estas infecciones.

Métodos:

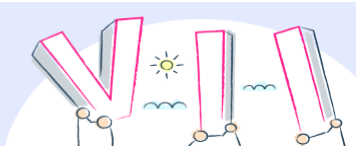
Estudio prospectivo realizado en 2019-2022 en un hospital terciario. Se realizó PCR múltiple (panel respiratorio) en aspirado nasofaríngeo en las primeras 24 horas de ingreso a los menores de 14 años que cumplían criterios de neumonía atípica o indeterminada. Se excluyeron los pacientes con neumonía nosocomial y aquellos con PCR específica de VRS o gripe positiva (realizada según práctica habitual en Urgencias previo al ingreso). A partir de marzo de 2020, se excluyó también a los pacientes con PCR positiva de SARS-CoV-2.

Resultados:

Se incluyeron 64 pacientes (56% mujeres), con una mediana de edad de 26 meses (rango intercuartílico - RIQ- 18-43). Doce pacientes (19%) habían sido prematuros y 14 (22%) padecían enfermedades crónicas. La radiografía de tórax mostró condensaciones en 32 pacientes (50%) e infiltrados en 31 (48%). Se realizó analítica a 61 pacientes, con mediana (RIQ) de 10310 leucocitos/mm³ (7790-13802), 6815 neutrófilos/mm³ (4575-9852) y PCR 31,1 mg/L (13,7-77,4). Se realizó hemocultivo en 49 pacientes (77%), todos ellos negativos. Siete pacientes (11%) ingresaron en Cuidados Intensivos. La mediana de estancia hospitalaria fue 4 días (3-6). La PCR múltiple fue positiva en 58 casos (91%), 27 de ellos para dos o más patógenos (47%). Los microorganismos más frecuentes fueron el *rhinovirus* (25 casos), seguido de *metapneumovirus* (22 casos). Se pautó antibiótico a 53 pacientes (83%), fundamentalmente ampicilina y amoxicilina (53% y 38% respectivamente), con una duración mediana de 7 días totales (2-8).

Conclusiones:

En más del 90% de niños ingresados por neumonía atípica o indeterminada se detecta al menos un virus respiratorio. Además de la realización de PCR, se requieren otras medidas para disminuir el consumo de antibióticos en estos pacientes. Tabla. Microorganismos identificados en PCR múltiple. *Los % se han calculado sobre el total de pacientes incluidos (n=64).



COMUNICACIÓN 70

ADECUACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN Y TRATAMIENTO EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO QUE REQUIEREN INGRESO

Autores: Rodríguez Ovalle Sara; Álvarez Merino María; Fernández Miaja María; Alonso Álvarez María Agustina; Rodríguez Ortiz Mara; Simón Bernaldo de Quirós Clara; Vázquez Villa Juan Manuel; Rubín Roger Sara; Calle - Miguel Laura

Centro de trabajo: Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Introducción y objetivos:

Las pruebas complementarias (PC) recomendadas en pacientes ingresados con infección del tracto urinario (ITU) y su momento de realización, han sido objeto de revisión en los últimos años. La elección del tratamiento empírico está condicionada por el patrón de resistencias local. El objetivo del trabajo es conocer el grado de adecuación a las guías, en cuanto a la realización de PC y tratamiento, de pacientes pediátricos ingresados con ITU en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos:

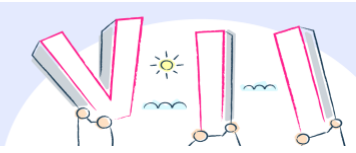
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes pediátricos (edad entre 1 mes y 13 años) ingresados con diagnóstico confirmado de ITU entre enero de 2021 y junio de 2022. Análisis de adecuación de las PC a la guía NICE (2022) y del tratamiento empírico al consenso nacional (2019).

Resultados:

Se registraron 36 pacientes (55,6% mujeres, mediana de edad 4 meses (RIC 2-15,8). La mediana de días de ingreso fue de 3,5 días (RIC 2-4,8). El 25% tenían alteraciones en la ecografía prenatal (doble sistema pieloureteral en 5/9). El 88,9% de las ITU eran febriles. 47,2% fueron típicas, 33,3% atípicas, 11,1% recurrentes, y 8,3% atípicas y recurrentes. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Escherichia coli* (77,8%; 17,9% resistentes a gentamicina) y *Enterococcus faecalis* (11,1%). Se solicitó ecografía durante el episodio agudo en el 38,9% de los pacientes (alterada en 6/14), ecografía tras el alta en el 55,6% (alterada en 8/20), gammagrafía renal con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) en el 13,9% (alterada en 3/5) y cistografía en el 19,4% (alterada en 6/7). La petición de PC resultó inadecuada según la guía NICE en un 55,6% (mayoritariamente por déficit de solicitud de PC, en 8/20). La antibioterapia empírica resultó adecuada en un 82,9%, pero mejorable en un 65,7% (prescripción de cefotaxima en vez de aminoglucósidos). La duración del tratamiento fue inadecuada en un 8,3% (tratamientos prolongados).

Conclusiones:

En nuestro estudio, el grado de adecuación de las PC a las indicaciones de la guía NICE fue bajo, si bien estas recomendaciones son variables en otras guías. En nuestro ámbito, es cuestionable el uso de gentamicina como tratamiento empírico de elección en la ITU.



COMUNICACIÓN 71

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS D68 EN PEDIATRÍA Y SU MANEJO HOSPITALARIO.

Autores: Aguado Cabañas María ; Allende Chaves María Camila; Falces Romero Iker; Gutiérrez-Arroyo Almudena; Cabrerizo Sanz María; Del Rosal Rabes Teresa; Blázquez Camacho Jesús; Del Pino Bellido Carolina; Ezquerro Sánchez Andrea; Calvo Rey Cristina

Centros de trabajo: Hospital Universitario La Paz (Madrid); Laboratorio de Enterovirus, Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III;

Introducción y objetivos:

El enterovirus D68 (EV-D68) es un virus ARN con características antigénicas similares al rinovirus. Causa infecciones respiratorias en niños, aunque se ha asociado con clínica neurológica grave y muerte. Ha causado brotes a nivel mundial, aunque durante la pandemia de SARS-CoV-2 no se detectó su circulación. El objetivo de este estudio fue describir las infecciones por EV-D68.

Métodos:

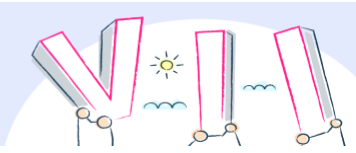
Estudio observacional descriptivo retrospectivo de niños menores de 18 años atendidos en un hospital terciario en los que se identificó EV-D68 mediante PCR y genotipado entre diciembre de 2021 y marzo de 2022.

Resultados:

Se identificó como EV-D68 un 22% del total de muestras positivas para enterovirus (10/45). El 50% de los casos se detectaron en marzo (5/10). La mediana de edad fue de 48.95 meses (Q1:8.41; Q3:66.67), siendo el 80% de sexo masculino. Todos salvo uno precisaron ingreso con una duración mediana de 5 días (Q1: 4,5 Q3: 7,25). Como antecedentes, el 80% había tenido episodios de sibilancias y/o atopia y el 30% prematuridad. Entre los síntomas un 40% (4/10) presentó fiebre, y un 80% dificultad respiratoria con hipoxia (8/10) con una duración mediana de oxigenoterapia de 4 días (Q1:3; Q3:6,25). Un 40% requirió oxigenoterapia de alto flujo y 30% ingreso en UCI para soporte respiratorio. El 40% (4/10) presentó alteraciones en la radiografía de tórax (1 condensación con derrame y 3 infiltrados). El diagnóstico fue sibilancias de repetición en 60% de los pacientes, infección de tracto respiratorio superior en 20%, bronquiolitis en 10% y bronconeumonía en 10%. Un 80% presentó coinfección por otro virus: rinovirus en 7 pacientes, adenovirus en 3, metapneumovirus en 1, presentando 1 paciente coinfección por 3 virus (EV D68, rinovirus y adenovirus) y otro por los 4 virus mencionados. Ningún paciente presentó clínica neurológica.

Conclusiones:

Tras la pandemia de SARS-CoV-2 ha emergido de nuevo el EV-D68 como agente relativamente frecuente, causante de infección respiratoria con broncoespasmo asociado. Todos nuestros pacientes evolucionaron favorablemente y ninguno presentó clínica neurológica, pero casi un tercio precisó ingreso en UCI.



COMUNICACIÓN 72

CAMBIOS EN LA ATENCIÓN A LA EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA HEREDITARIA EN TIEMPOS DE COVID-19

Autores: Ricart Silvia ; Monfort Laura; Soler Queralt; Cases Inés; Munguía Sofía; Villasuso Inés; Vicente Asunción

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu. (Barcelona)

Introducción y objetivos:

La epidermólisis ampollosa hereditaria (EAH) es una rara enfermedad cutánea de origen genético. Sus formas graves condicionan afectación multisistémica con necesidad de manejo multidisciplinar. En nuestro hospital materno-infantil de 3r nivel se aplica un protocolo de seguimiento de EAH con mínimo 2 curas completas con valoración multidisciplinar anuales.

Objetivo:

Describir los cambios en la atención a la EAH durante la pandemia de COVID-19.

Resumen de la experiencia:

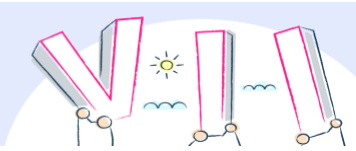
Durante la primera ola se atendió actividad esencial (plantas, UCIs y urgencias). En mayo'20 se hizo patente la necesidad de recuperar la asistencia de pacientes vulnerables no atendidos durante el confinamiento. Dadas las restricciones para tratamientos en el hospital, se planteó atención domiciliaria. Se desarrolló un protocolo para sistematizar la atención en casa de adolescentes y niños con EAH: anamnesis estructurada, baño, analítica, constantes y antropometría, analgesia, cura y toma sistemática de fotos de toda la superficie corporal. La enfermera especializada en EAH realizaba las visitas; según el caso con pediatra. A las familias se envió un cuestionario de satisfacción posterior a la visita. Entre 48h y 7 días posteriores se convocaba una reunión multidisciplinar telemática con los especialistas del equipo de EAH. Se revisaba anamnesis, cuestionarios y fotos de la cura, y se discutían cambios terapéuticos. De junio a diciembre de 2020 se atendió a 17 pacientes, sin presentar contagios.

Análisis DAFO de la experiencia:

1. Debilidades: temor de familias a perder el contacto con especialistas.
2. Amenazas: costoso en tiempo y recursos humanos; dificultad asistencia del 100% en reuniones telemáticas; necesidad de atención especializada en hospital en algunos casos.
3. Fortalezas: Elevada satisfacción de las familias; enfermera asistencial experta en EAH.
4. Oportunidades: facilidad para conversaciones difíciles con familias en casa.

Conclusiones y comentarios:

Experiencia positiva para familias y profesionales, por lo que ha continuado la atención domiciliaria en 3 situaciones: pacientes con EAH avanzada, situaciones de sobrecarga del cuidador principal, y necesidad de tener conversaciones difíciles. Una situación crítica como la pandemia ha propiciado el desarrollo de un modelo diferente de atención que, al ofrecer ventajas respecto al modelo presencial hospitalario, ha permitido incorporarse en la práctica habitual más allá de esos meses.



COMUNICACIÓN 73

ABSCESOS PERIAMIGDALINOS EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

Autores: Tena García Pilar Guadalupe ; Alonso-Alegre Sustacha María ; Arauzo Otero Tamara ; Barragán Cirne Inés ; López Mata Alejandro ; López León Ayelen ; Gonzalez Amor Lara ; Ruiz González Sara ; González Vergaz Amparo ; García García María Luz

Centro de trabajo: Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)

INTRODUCCIÓN:

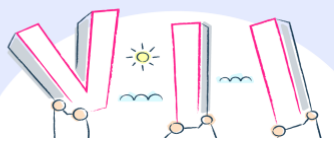
Las complicaciones en la FAE se dan en un 1-2% de los casos, especialmente si esta no ha sido tratada correctamente. El absceso periamigdalino (APa) es una de ellas y debemos sospecharlo ante una faringoamigdalitis aguda (FA) que empeora clínicamente con abombamiento del pilar amigdalino y desplazamiento contralateral de la úvula. Presentamos 3 pacientes sin antecedentes de interés diagnosticados de APa en 3 días consecutivos en junio 2022.

CASO CLÍNICO:

Paciente 1. Varón de 12 años diagnosticado de FAE 10 días antes, tratada con amoxicilina (50 mg/kg/día) durante 7 días. Acude a Urgencias por voz gangosa, odinofagia y fiebre. Orofaringe hiperémica con hipertrofia amigdalar y exudados, abombamiento del pilar amigdalino izquierdo con desviación contralateral de la úvula. Paciente 2. Mujer de 14 años diagnosticada de FA 10 días antes. Test de S. pyogenes negativo por lo que no recibió antibioterapia. Consulta por odinofagia de 1 mes de evolución, con empeoramiento en las últimas 24 horas. Afebril. Orofaringe hiperémica con hipertrofia amigdalar, sin exudados, abombamiento del pilar amigdalino izquierdo con úvula edematosa, voz gangosa y trismus. Paciente 3. Varón de 11 años diagnosticado de FAE 4 días antes, en tratamiento con fenoximetilpenicilina. Consulta por afonía y voz gangosa. Afebril. Orofaringe hiperémica y asimetría amigdalar derecha. Los tres pacientes son valorados por Otorrinolaringología precisando drenaje quirúrgico, amoxicilina-clavulánico (100 mg/kg/día) y metilprednisolona (1 mg/kg/día) intravenosos. El paciente 1 y 3 evolucionan favorablemente. El paciente 2 mantiene trismus por lo que se realiza TC (sin claro absceso) y precisa reintervención. Los tres son dados de alta y finalizan el tratamiento oral sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

- El uso irracional de antibióticos (dosis subóptimas o no indicación) en la FA conlleva el aumento de resistencias bacterianas favoreciendo las complicaciones.
- Ante un paciente diagnosticado de FAE con empeoramiento clínico (pese a tratamiento correcto), es fundamental una minuciosa exploración física y un abordaje multidisciplinar.



Hasta la próxima se despide, el equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:

- **Pedro J Alcalá Minagorre.** *Hospital General Universitario Dr Balmis (Alicante)*
- **Felipe González Martínez.** *Hospital Gregorio Marañón (Madrid)*
- **David López Martín.** *Hospital Costa del Sol (Marbella)*
- **José David Martínez Pajares.** *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*
- **José Miguel Ramos Fernández.** *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*
- **Miguel Ángel Vázquez Ronco.** *Hospital de Cruces (Bilbao)*

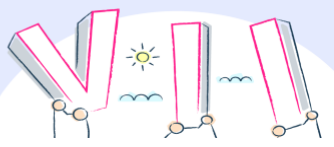
Editado en Madrid por la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPIH)

ISSN 2603-6339

Más información en www.sepih.es



Correspondencia: equipo editorial SEPIH; e-mail: Revista_PedHosp@sepih.es
Este es un trabajo original Open Access bajo la [licencia CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



sepih.es