



# PEDIATRÍA HOSPITALARIA

---

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA (SEPIH)  
MONOGRÁFICO ESPECIAL VIII REUNIÓN SEPIH

The poster for the VIII SEPIH meeting features a central illustration of a doctor in a white coat kneeling to shake hands with a young girl in a pink shirt who is sitting on the floor. The background is a light beige color.

**VIII REUNIÓN  
SEPIH**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA

**SEPI+  
Barcelona**

**18-19 octubre  
2024**

**SJD** Sant Joan de Déu  
Barcelona - Hospital

## EDITORIAL

### *Presidente de la VIII reunión SEPIH*

Queridos amigos y amigas

Como presidente del Comité Científico y Organizador de la VIII Reunión de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria, quiero agradecer a todas las personas que colaboraron en la realización de este evento. Sin vuestra implicación, no habría sido posible llevarlo a cabo. Este agradecimiento incluye al comité Organizador y Científico, a la Junta Directiva de la SEPIH, a la Secretaría Técnica del Congreso, ERGON, y a la Secretaría de SJD Formación. También a todos aquellos que, sin formar parte de estas estructuras, colaboraron con ideas, ánimos de aliento o con su asistencia.

En las instalaciones del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, nos reunimos más de 160 congresistas de 23 provincias, compartiendo experiencias sobre temas relacionados con la hospitalización infantil.

El programa se construyó en base a diversas ponencias y mesas redondas sobre temas de interés en Pediatría Interna Hospitalaria, tales como la tecnología y la aproximación digital a la hospitalización pediátrica, enfermedades comunes en nuestra práctica (VRS, neumococo, etc.), la hospitalización domiciliaria y otros. Además, fueron especialmente útiles y valorados, sobre todo por los más jóvenes (y los no tan jóvenes), los talleres teórico-prácticos del viernes por la tarde, que trataron sobre simulación, ventilación, monitorización, abusos sexuales y paciente crónico complejo. Todos ellos son temas de presente y futuro de nuestra especialidad.

Quiero destacar la presentación de más de 120 comunicaciones que abordaron diferentes aspectos científicos o de innovación. Gran parte de ellas mostraron un alto nivel de calidad, reflejo de la evolución del trabajo que todos y cada uno de nosotros realiza en su centro de trabajo día a día. Estamos solo al principio de un largo camino, pero sin duda es muy esperanzador y estimulante.

Nuestras próximas citas son el congreso de la AEP en junio de 2025, que se celebrará en Valencia, donde tendremos un lugar destacado como especialidad invitada, y nuestra novena Reunión científica en Alicante, previsiblemente en otoño de 2026. Estoy seguro de que será un éxito y espero que supere a la recientemente finalizada en asistentes, trabajos presentados y calidad de los mismos.

Son muchos los retos y desafíos que tenemos por delante, pero cada vez somos más y mejores. De nosotros depende el futuro de nuestra especialidad. Es nuestra responsabilidad. Por el bien de nuestra Sociedad y, sobre todo, de la infancia, la adolescencia y las familias que atendemos cada día en nuestras unidades de hospitalización de todo el país, ya que ellos y ellas, más que nadie, se merecen unos profesionales que estén a la altura.

Un abrazo,

**Juan José García García**

*Presidente de los Comités Organizador y Científico de la VIII Reunión SEPIH*





### Comité Organizador

#### Presidente

Dr. Juan José Garcia Garcia

#### Secretaria

Dra. Mariona Fernández de Sevilla

#### Vocales

Dra. Laura Castells

Dr. Marc Tobeña

Dra. Gemma Pons

Dra. Laura Monfort

Dra. Maria Hernández

Dra. María Melé

Dra. Rosa María Pino

Sra. Mercedes Molina

### Comité Científico

#### Presidente

Dr. Juan José Garcia Garcia

#### Secretaria

Dra. Mariona Fernández de Sevilla

#### Vocales

Dr. Pedro J Alcalá

Dra. Ana Amat

Dra. Beatriz Agúndez

Dr. Enrique Villalobos

Dra. Jimena Pérez

Dra. Virginia Santana

Dr. David López

Dr. Jose Ángel Guardiola

Dra. Laura Castells

Dr. Marc Tobeña

Dra. Gemma Pons

Dra. Laura Monfort

Dra. Maria Hernández

Dra. María Melé

Dra. Rosa María Pino

Sra. Mercedes Molina

# PROGRAMA OFICIAL

*Viernes 18 de octubre*



- **ACTUALIZACIÓN: Interacción virus-bacteria y la necesidad de cambiar nuestras prácticas clínicas**  
*Dr. Federico Martín Torres. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*
- **MESA REDONDA: Tecnología y Salud en el Ámbito de la Hospitalización Infantil. Experiencias reales**
  - Presentación Grupo Interdisciplinario de Profesionales vinculados con la Salud (GIPS)
  - Validación de una herramienta de diagnóstico con Inteligencia Artificial
  - Aplicabilidad de la tecnología en la monitorización del paciente crónico complejo

*Dr. Rosa Pino. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, Dra. Clara Prats. Física. Universitat Politècnica de Catalunya, Dr. Cristian Launes Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, Dra. Paula Esteller. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, Dra. Silvia Ricart. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, Alba Giró. Bioingeniera y analista de datos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*
- **ACTUALIZACIÓN: Impacto en la Hospitalización de la implantación del programa de inmunización contra el VRS.**  
*Dr. Rosa Rodríguez. Hospital Gregorio Marañón. Madrid*
- **ACTUALIZACIÓN: La Enfermedad Invasiva Neumocócica en el contexto actual**  
*Dr. Mariona Fernández de Sevilla Estrach. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

## Talleres simultáneos

- **Principios CRM durante los primeros tres minutos en una emergencia intrahospitalaria ¿preparados?**  
*Dr. Laura Monfort y Dra. Aina Martínez. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Saray Álvarez. Enfermera. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Dra. Laura Castells. Hospital Quirón Salud del Vallés. Barcelona. Alba Pablo. Enfermera. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*
- **Ventilación invasiva y no invasiva en hospitalización**  
*Dr. Virginia Santana y Mar Rodrigo. Pediatra y enfermera. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Dr. Martí Pons y Mercedes Molina. Pediatra y enfermera. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*
- **Abusos sexuales**

*Dra. Marta Simó y Dra. Violeta Vallejo. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.*

- **El hogar del niño con patología crónica compleja.**

*Dra. Aroa Rodríguez y Esther Sánchez. Pediatra y enfermera. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Dra. Silvia Ricart y Lucía Peñarrubia. Pediatra y enfermera. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.*



- **¿Cómo controlo mi planta? De las constantes por turno a los sistemas de alerta precoz y los algoritmos de predicción en los tiempos de la IA.**

*Dr. Felipe González. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Dra. Ana Amat. Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia. Dra. Carla González (pediatra), Dra. Marta Agüera (pediatra), María Dolors Fabregat (enfermera), Judit Barnils (bioingeniera). Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona*

- **Visita guiada por el Hospital**



**Sábado 19 de octubre**



- **CASOS INTERACTIVOS: Decisiones complejas en la Hospitalización.**  
*Dr. Marc Tobeña y Dra Anna Fábregas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Dr. Francisco José Cambra. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*
- **MESA REDONDA: Hospitalización a Domicilio**
  - Enfermedad oncológica en domicilio, ¿Qué se puede hacer?
  - Hospitalización a domicilio para niños y adolescentes con patología psiquiátrica
  - El paciente con patología crónica y complejidad en domicilio*Dra. Beatriz Agúndez y Dra. Silvia Yáñez. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. Elisenda Esquedo, enfermera. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, Dra. Clara Molina. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Dra. Aurora Madrid. Hospital Universitario de Málaga.*
- **CONFERENCIA DE CLAUSURA: Pediatría Hospitalaria en Estados Unidos – Una Nueva y Vieja Disciplina.**  
*Dr. Ricardo Quiñónez. Jefe del Servicio de Pediatría Hospitalaria del Texas Children's, Houston, Texas, USA*

# ACTUALIDAD SEPIH

## Noticias de la sociedad

### Actualización de la Junta Directiva SEPIH

En el seno de la reunión se celebró la Asamblea SEPIH, con la renovación parcial de la Junta Directiva. La junta actual queda constituida por los siguientes miembros:

- Presidencia. Dra. Rosa Rodríguez (Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid)
- Vicepresidencia. Dr. Enrique Villalobos (Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid)
- Secretaría General. Dr. Juan José García (Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona)
- Tesorería. Dr. Miguel Ángel Vázquez (Hospital Universitario Cruces. Bilbao)
- Vocal. Dra. Beatriz Agúndez (Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid)
- Vocal. Dra. Virginia Santana (Hospital Universitario La Paz. Madrid)
- Vocal. Dra. Laura Castells (Hospital Quirón Salud. Barcelona)
- Vocal. Dr. Marc Tobeña (Hospital Universitario Vall de Hebrón. Barcelona)
- Vocal. Dr. José Ángel Guardiola (Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia)

### Congreso AEP Valencia 2025

La Pediatría Interna Hospitalaria formará parte del módulo de actualización del Congreso AEP de Valencia 2025. Nuestra sociedad contribuye con varias actividades teóricas y de pediatría práctica de alto interés en el programa científico del Congreso.

### Alicante, sede de la IX Reunión SEPIH 2026

En otoño de 2026 celebraremos nuestra IX Reunión. La ciudad de Alicante ha quedado designada como sede del encuentro científico. Nos ponemos en marcha para que también sea un éxito.

Contacto: [reunion2026@sepih.es](mailto:reunion2026@sepih.es)



# VIII Reunión SEPIH

## *Premios a las Mejores Comunicaciones*

### 1. Premio ex aequo a la Mejor Comunicación

#### “CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS COMPLEJOS”

*C. Salazar Valdebenito, N. Bartoli Bergada, Á. Pieras López, M. Duero Adrados, V. Charques Trallero, R. García, R.M. Pino Ramírez, M. Fernández de Sevilla. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

#### “MEDICACIÓN PEDIÁTRICA DE ALTO RIESGO: PROPUESTA DE LISTADO A TRAVÉS DE TÉCNICA DE CONSENSO INTERDISCIPLINAR”

*L. Hernández Sabater<sup>1</sup>, Y. Hernández Gago<sup>2</sup>, B. Rodríguez Marrodán<sup>3</sup>, M.J. Cabañas Roy<sup>4</sup>, C. Martínez Roca<sup>5</sup>, J. Pérez Moreno<sup>6</sup>, P.J. Alcalá Minagorre<sup>1</sup>. 1 Hospital General Universitario Dr Balmis. Alicante. 2 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. 3 Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. 4 Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. 5 Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña Coruña, 6 Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

### 2. Premio a la Mejor Comunicación Oral LARGA:

#### “VENTILACIÓN NO INVASIVA EN BRONQUIOLITIS AGUDA EN PLANTA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”

*L. Romero Imaz, K. Laoufir, L. De la Torre Martín, P. Del Olmo Segura, A. Martín Moreno, E. Cobo Vázquez, M. Bueno Campaña, D. Arguménez García. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

### 3. Premio a la Mejor Comunicación Oral CORTA:

#### “DESCIFRANDO EL TRATAMIENTO DE LA HIPERNATREMIA”

*J. Codina Barbosa, G. Brullas Badell, M. Pons Espinal, A. Soler García, C. Launes Montana, P. Arango Sancho, M. Fernández de Sevilla, J.J. García García. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

### 4. Premio al Mejor Caso Clínico:

#### “MUSICOTERAPIA E INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES COMO ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO HOSPITALIZADO”

*I.Vico Marín, I. García Cáceres, L. Marín Marín López, P. del Santo Fernández, S. Ortega Varga. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*



## Estudios

### IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE CRÓNICO PEDIÁTRICO TRAQUEOSTOMIZADO

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los avances de la medicina han permitido aumentar la esperanza de vida de los niños con enfermedades graves. Por ello cada vez hay más menores en domicilio y en los hospitales con necesidades de cuidado y tratamiento complejas.

En muchas ocasiones las personas que asumen el cuidado principal del menor son los progenitores. Esto implica la adquisición de conocimientos específicos complejos, sobre todo del manejo de soportes tecnificados como traqueostomía y ventilación mecánica, lo que se asocia a fragilidad.

Diversos estudios realizados en nuestro entorno describen el rol fundamental del equipo multidisciplinar de Patología Crónica y Complejidad (PCC) en la capacitación a los cuidadores. El abordaje integral ayuda a la familia en la normalización del proceso de enfermedad, poniendo de manifiesto que los cuidadores informales precisan capacitación de calidad y acompañamiento estrecho.

El objetivo fue determinar el efecto de una estrategia de continuidad asistencial llevada a cabo por el equipo multidisciplinar de una unidad de PCC en figuras parentales de menores traqueostomizados desde 2019 hasta 2023.

#### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

#### RESULTADOS

Se identificaron 34 pacientes traqueostomizados en el período de estudio que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó intervención en el 97,1%. Se realizó acompañamiento a domicilio por el equipo de PCC en un 50% de los pacientes residentes en la misma comunidad autónoma. En la cohorte estudiada un 14,7% reingresó en los 30 días siguientes del alta hospitalaria. Las principales causas de reingreso fueron: respiratoria (8,8%), digestiva (2,9%) e intervención programada (2,9%).

#### CONCLUSIONES

En nuestro hospital se consiguió una elevada frecuencia de intervención, con acompañamiento a domicilio en menor medida. Los reingresos fueron infrecuentes, en su mayoría de causa respiratoria. Los reingresos fueron menos frecuentes y los ingresos fueron de menor duración en los pacientes que se beneficiaron de la estrategia completa de continuidad asistencial.

Virginia Santana Rojo(1);María del Mar Rodrigo Hierro(1);Ester Sánchez Muñoz(1);Aroa Rodríguez Alonso(1);Marta Pintó Rubio(1);Paula Aragón Ramos(1);Ana Gómez Zamora(1);Carlos A De la Torre Ramos(1)

(1)Hospital Universitario La Paz

## UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA EN PLANTA DE PEDIATRÍA

### OBJETIVOS:

Evaluar la utilidad de la ecografía clínica a pie de cama en planta de hospitalización de pediatría en un hospital de tercer nivel.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se recogieron pacientes de 1 mes a 13 años de edad ingresados en planta a los que se realizaron ecografías clínicas durante su ingreso entre septiembre de 2023 y mayo de 2024. Las ecografías fueron realizadas por pediatras con formación previa reglada y al menos de 20 ecografías realizadas y residentes supervisados por estos.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 52 pacientes (57,6 % mujeres; edad media 67,4 (DE 46,7) meses). Se realizaron 108 ecografías clínicas con una media de 2,1 (DS 0,8) ecografías por paciente. En 47 casos fue pulmonar y en 5 musculoesquelética: rodilla (3), cadera (1), tobillo (1). Se solicitaron 11 ecografías al Servicio de Radiología Pediátrica sin observar discrepancia entre ambas.

Tenían una radiografía previa 47 (90,4%) pacientes y se solicitaron radiografías de control a 8 (15,4%). La media de radiografías realizadas por paciente fue de 1 (DS 0,5). La ecografía clínica a pie de cama supuso un cambio de actitud en 42 pacientes (80,7%). Los hallazgos ecográficos y la implicación terapéutica se detallan en la tabla 1.

### CONCLUSIONES

La ecografía clínica en planta de hospitalización permite la toma de decisiones, con implicaciones clínicas y terapéuticas y disminuye el uso de la radiografía simple.

María Fernández Miaja(1);Sara Murias Loza(1);Pablo Martino Redondo(1);M<sup>a</sup> Agustina Alonso Álvarez(1);Estíbaliz Garrido García(1);Reyes Fernández Montes(1);Juan Mayordomo Colunga(1)

(1)Hospital Universitario Central de Asturias

## INFECCIONES POR MYCOPLASMA, ESPECTRO CLÍNICO DE LOS HOSPITALIZADOS EN NUESTRA ÁREA EN 2024.

### INTRODUCCIÓN

El Mycoplasma Pneumoniae es el causante de un gran número de infecciones, generalmente leves y autolimitadas, aunque también causa neumonías graves y patología extrapulmonar. Se ha percibido un aumento de casos en la edad pediátrica con un incremento proporcional de las formas extrapulmonares y de los ingresos en los últimos años, así como un alto índice de resistencias particularmente en Asia.

### OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es analizar la tasa de hospitalización y el espectro clínico- epidemiológico de las infecciones provocadas por Mycoplasma en el año 2024.

### MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el que se revisan los pacientes ingresados con diagnóstico de infección activa por Mycoplasma entre enero y mayo de 2024.

**RESULTADOS:**

Durante el tiempo del estudio se incluyeron 39 pacientes (51% mujeres), siendo la edad media de los pacientes ingresados de 4 años. Sin embargo, vemos un gran porcentaje de menores de 3 años entre los hospitalizados (50%), lo cual podría poner de manifiesto una mayor gravedad de la infección en este grupo de edad. La media de hospitalización fue de 4 días. La mayor parte de los pacientes fueron diagnosticados por positividad de PCR en aspirado nasofaríngeo (85%), los restantes al presentar serologías concluyentes con infección activa.

En cuanto al motivo de ingreso la mayoría de las hospitalizaciones fueron por neumonía con criterios de gravedad (20% presentaron derrame pleural, 40% precisaban oxigenoterapia y un 33% precisaban simultáneamente tratamiento con broncodilatadores). Un 25% de los hospitalizados presentaron patología extrapulmonar grave: 3 casos de afectación mucocutánea, uno de ellos con rash y mucositis severa inducido por mycoplasma, una hepatitis colestásica y un paciente con encefalitis aguda.

**CONCLUSIONES:**

Se ha percibido un incremento de ingresos por infección por Mycoplasma así como aumento de la gravedad. Para sacar conclusiones significativas habría que compararlo con tasas de hospitalización de años previos.

El perfil de edad ha cambiado, afectando más a lactantes y preescolares, acorde a los cambios epidemiológicos descritos en otros países.

Todos recibieron azitromicina con buena respuesta, pero dado el aumento de resistencias, la SEIP propone claritromicina como primera opción y debemos incorporarlo en nuestro protocolos.

Luz María Díaz Vizcaya(1);Manuel Angel Souto Viñas(1);María Lopez Villares(1);María del Mar Portugués de la Red(1);Jorge Cabrera Alvargonzalez(1);Ana Concheiro Guisán(1)

(1)Álvaro Cunqueiro

---

**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ANÁLISIS DE LOS INGRESOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS EN NUESTRO ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN****INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades cada vez más frecuentes en población pediátrica y por tanto en las unidades de hospitalización, precisando ingresos prolongados con una intervención multidisciplinar donde la pediatría hospitalaria juega un papel clave.

**MÉTODOS:**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que revisa aquellos pacientes ingresados por debut de TCA entre enero de 2019 y mayo de 2024 en la planta de hospitalización pediátrica de un hospital de tercer nivel.

**RESULTADOS:**

Inicialmente se incluyeron 40 pacientes, de las que finalmente 36 fueron catalogadas de trastorno de conducta alimentaria. Un 86% mujeres, mediana de edad de 13,5 años. Un 75% fueron catalogados de TCA restrictivo, un 14% presentaban conductas purgativas. En el momento del debut en un 30,5% de los pacientes existía comorbilidad psiquiátrica.

Observamos un aumento exponencial tanto del número de ingresos (un solo caso el primer año hasta 6 en los primeros 5 meses de 2024) como la duración de éstos con una mediana de 20 días de hospitalización. 5 pacientes precisaron derivación a unidades de hospitalización prolongada.

En un 70% de la muestra se inició suplementación con fórmulas enterales hipercalóricas precisando en 9 casos nutrición por sonda nasogástrica. El IMC al ingreso fue 15,67 kg/m<sup>2</sup>, incrementándose casi un punto de media al alta

(16,47).

La complicación orgánica registrada más frecuente fue la amenorrea (25%) seguida de bradicardia sinusal (22%). Como complicaciones agudas iniciales se objetivó insuficiencia renal prerrenal en tres pacientes, hepatitis aguda en dos casos y un caso de pancreatitis aguda. Uno de los pacientes de la muestra precisó ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Un 33% de los pacientes requirieron ingreso de nuevo por descompensación de su patología tanto en nuestra unidad como posteriormente en hospitalización de adultos.

#### CONCLUSIONES:

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en edad pediátrica ha aumentado significativamente en los últimos años siendo unos de los diagnósticos más frecuentes los TCA. En nuestra unidad de hospitalización se ha objetivado un incremento de los ingresos por TCA en los últimos cinco años, siendo estos prolongados precisando en todas las ocasiones un abordaje multidisciplinar.

María López Villares(1);Teresa Meleiro Estévez(1);Luz María Díaz Vizcaya(1);María de las Nieves Balado Insunza(1);Ana Concheiro Guisán(1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro Vigo

---

## LA REVOLUCIÓN DEL NIRSEVIMAB: IMPACTO EN LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

#### INTRODUCCIÓN:

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de infección respiratoria de vías inferiores y de hospitalización en menores de dos años. Galicia fue pionera en iniciar la campaña con Nirsevimab en septiembre de 2023.

#### OBJETIVO:

Evaluar el impacto y la eficacia de la campaña de inmunización en la hospitalización por bronquiolitis en un hospital de tercer nivel.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron lactantes menores de 12 meses ingresados por bronquiolitis aguda por VRS durante el último trimestre del 2022 (pre-inmunización) respecto al mismo periodo del 2023 (post-inmunización).

#### RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 172 pacientes.

El 80% ingresaron en 2022 con una media de edad de 2,9 meses, representando un 13,5% del total de ingresos en ese periodo. El 20% restante estuvo hospitalizado en 2023 con una media de edad de 6,7 meses, suponiendo un 4,4% del total. De estos, el 36% estaban inmunizados. El principal motivo de no inmunización fue por no ser candidato (67%).

En cuanto a la gravedad de bronquiolitis entre inmunizados y no inmunizados se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo menor en el primer grupo ( $p = 0.02$ ). No hubo diferencia respecto a la estancia media ( $p = 0.21$ ), siendo de 6 días.

Solo un caso de bronquiolitis con Nirsevimab requirió ingreso en UCIP, en comparación con 18 pacientes no inmunizados.

El requerimiento de soporte respiratorio fue del 71% en no inmunizados versus el 50% en inmunizados.

#### CONCLUSIONES:

La administración de Nirsevimab disminuyó en un 60% la hospitalización de pacientes con bronquiolitis por VRS.

Los niños inmunizados presentaron menor gravedad de bronquiolitis; solamente un caso precisó UCIP.

El perfil de edad de los niños ingresados por bronquiolitis por VRS tras la campaña con Nirsevimab, es el de un niño de mayor edad no inmunizado.

Lucía Fernández González(1);David Santiago Rivas(1);María del Mar Portugués De la Red(1);Natalia González Freiría(1);Ana Isabel Villares Porto-Dominguez(1);Ana Concheiro Guisán(1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro

---

## NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS QUE REQUIEREN INGRESO

### OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la difusión de un protocolo de nutrición enteral por sonda nasogástrica (SNG) en pacientes ingresados con bronquiolitis, comparando la evolución clínica y los efectos adversos entre los niños con SNG y con fluidoterapia intravenosa.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo, realizado en las temporadas 2022-2023 (cohorte retrospectiva) y 2023-2024 (prospectiva). Se establecieron dos grupos: SNG y VIA. La retrospectiva fue utilizada para evaluar la eficacia de una intervención formativa entre las 2 temporadas. Las variables clínicas analizadas fueron: días de oxigenoterapia, duración de ingreso y eventos adversos. La satisfacción fue evaluada mediante encuesta.

### RESULTADOS

Se incluyeron 62 niños (38 varones); 47 en cohorte retrospectiva (media edad  $8,4 \pm 6,2$  meses) y 15 prospectiva (media edad  $6,9 \pm 4,2$  meses).

Fueron alimentados por SNG en la cohorte retrospectiva 1 (2,1%) y en la prospectiva 9 (60%):  $p < 0,001$ . De los niños de la cohorte prospectiva, 9 portaban SNG y 6 Vía. La media de días de oxigenoterapia del grupo SNG fue 0,5 (DE 0,8) y del grupo VIA 0,5 (DE 0,4):  $p 0,89$ . La media de días de ingreso del grupo SNG fue 3,22 (DE 1,9) y en el grupo VIA de 2,6 (DS 1,21):  $p 0,55$ . No se detectó ningún efecto adverso grave, siendo el principal la pérdida de dispositivos: 3 en el grupo SNG y 1 en VIA. La mediana de intentos de colocación de la SNG fue de 1,2 (DE 0,4) y de la vía 4,3 (DE 3,7). El éxito en el primer intento de colocación fue de 7 (77,8%) en el grupo SNG y de 4 (66,7%) en el de VIA. Los progenitores se mostraron muy satisfechos en el grupo SNG (100%) y muy satisfechos (60%) o moderadamente satisfechos (40%) en el grupo VIA.

### CONCLUSIONES

La intervención docente aumentó significativamente el uso de SNG en el grupo a estudio, siendo este procedimiento muy bien valorado por los progenitores, probablemente por la menor dificultad en la técnica de colocación. No se detectaron otras diferencias clínicas significativas, siendo la SNG una opción eficaz y segura para la nutrición enteral en estos pacientes.

María Fernández Miaja(1);Pablo Martino Redondo(1);Amanda Cuesta López(2);M<sup>a</sup> Agustina Alonso Álvarez(1);David González Jiménez(1);Laura Valle Lence(1);Sara Álvarez Blanco(1);Corsino Rey Galán(1)

(1)Hospital Universitario Central de Asturias;(2)Universidad de Oviedo

## DESCIFRANDO EL TRATAMIENTO DE LA HIPERNATREMIA

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Aunque la hipernatremia es un trastorno hidroelectrolítico común en pediatría, no hay un consenso claro sobre su corrección. Se recomienda evitar un descenso superior a 0,5 mEq/L/h. Existe una aproximación terapéutica para corregir la hipernatremia basada en calcular el déficit del agua libre (AL). A raíz de la actualización del protocolo de hipernatremia en nuestro hospital, se creó una herramienta automatizada para el cálculo de la sueroterapia a administrar en base al déficit del AL. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de dicha aproximación terapéutica y la seguridad en la aplicación de la herramienta.

### MÉTODOS:

Estudio descriptivo prospectivo unicéntrico realizado en un hospital de tercer nivel pediátrico desde marzo 2023 a junio 2024.

### RESULTADOS:

Se incluyeron a 13 pacientes (edad mediana 8,4 meses (RIC 0,3-13,4); 92,3% varones). Cinco fueron neonatos con hipogalactia; el resto acudieron en su mayoría (7/8, 87%) por gastroenteritis aguda. Todos los pacientes acudieron en contexto de deshidratación (1 leve, 8 moderadas, y 4 graves). Cinco (38%) de los pacientes tenían antecedentes patológicos (3 con patología digestiva y 2 con neurológica). La natremia inicial mediana fue de 153mEq/L (RIC 152-159), siendo la hipernatremia asintomática en el 69% de los pacientes.

La mediana de velocidad de corrección de la hipernatremia fue de 0,50 mEq/L/h (RIC 0,19-0,50) en las primeras 12 horas, y de 0,41 mEq/L/h (RIC 0,27-0,62) en las primeras 24. El tiempo mediano de corrección total fue de 27 horas (RIC 12-36). La duración mediana del ingreso fue de 5 días (RIC 4,5-7,5). Dos de los pacientes requirieron traslado a UCI.

Ningún paciente presentó complicaciones graves asociadas al tratamiento, aunque un paciente presentó empeoramiento inicial de la hipernatremia debido a un error en la preparación del suero.

### CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes en los que se realizó la corrección de la hipernatremia en base al cálculo del déficit de agua libre presentaron un ritmo de descenso de la natremia menor a 0,5mEq/L/hora en las primeras 24 horas. No se observaron complicaciones relacionadas con la administración de la sueroterapia en aquellos pacientes en los que se aplicó el protocolo.

J. Codina Barbosa(1);G. Brullas Badell(1);M. Pons Espinal(1);A. Soler Garcia(1);C. Launes Montana(1);P. Arango Sancho(1);M. Fernández de Sevilla(1);J. J. García García(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

---

## EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL INFANTIL ACREDITADO POR JOINT COMMISSION: MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LAS PLANTAS DE PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La acreditación por Joint Commission International (JCI) es un estándar reconocido mundialmente que garantiza la excelencia en la calidad y seguridad de los cuidados en salud. El objetivo principal del estudio es analizar nuestra experiencia en la obtención de la acreditación JCI en las plantas de hospitalización de Pediatría, destacando los beneficios encontrados durante el proceso.



**MÉTODOS:**

Se describe el proceso de preparación, formación, evaluación y acreditación por JCI en las plantas de Pediatría Interna de nuestro centro desde junio 2020 hasta mayo de 2022 y posteriormente el mantenimiento de los estándares hasta abril de 2024. Se recogen sistemáticamente y de forma mensual datos sobre indicadores de calidad y seguridad, incluyendo la implementación de prácticas y protocolos basados en evidencia, formación del personal, gestión de riesgos y mejora continua.

**RESULTADOS:**

Desde junio 2020 hasta la actualidad se han impartido 120 sesiones formativas relacionadas con JCI a todos los estamentos profesionales, se han implementado en las plantas de Pediatría Interna Hospitalaria 48 protocolos asistenciales, 45 protocolos relacionados con seguridad del paciente, 6 relacionados con la seguridad de las instalaciones y 22 relacionados con la seguridad de la medicación.

Respecto a los estándares relacionados con calidad y seguridad del paciente, destacamos desde el inicio del estudio una mejoría en los siguientes registros: dolor como quinta constante (5% vs 70%;  $p<0,01$ ), escalas de deterioro precoz (SAPI) en todos los turnos (5% vs 60%;  $p<0,01$ ), escala SBAER de transmisión segura de la información entre profesionales (30% al 98% ;  $p<0,01$ ) y aplicación del protocolo de identificación inequívoca del paciente (80% vs 99%;  $p<0,01$ ). Figura 1.

Nuestro centro en mayo 2022 consiguió la acreditación por JCI. El reto actual es la re-acreditación por lo que estas mejoras deben ser mantenidas en el tiempo y entrar a formar parte del ADN de la organización.

**CONCLUSIONES:**

La acreditación por JCI ha sido fundamental para elevar los estándares de calidad y seguridad en nuestras plantas de Pediatría Interna. Este proceso ha mejorado nuestra capacidad para ofrecer un cuidado de salud excelente, estableciendo un camino hacia la mejora continua y la excelencia en la atención pediátrica.

J. Perez Moreno(1);F. Gonzalez Martinez(1);M.I. Gonzalez Sanchez(1);B. Toledo Del Castillo(1);A. Fernandez Gonzalez(1);E. Tierraseca Serrano(1);C. Plans Casamayor(1);R. Rodriguez Fernandez(1)

(1)Hospital Gregorio Marañón

---

**INFECCIONES OSTEOARTICULARES POR STREPTOCOCCUS PYOGENES ANTES Y DESPUÉS DEL AUMENTO DE CASOS DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES****INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:**

Las infecciones osteoarticulares agudas hematógenas(IOAH) son más frecuentes en la infancia, sobre todo en menores de 5 años. En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de osteomielitis aguda. Los principales agentes etiológicos son *S. aureus* y *Kingella kingae* siendo *S. pyogenes*(estreptococo beta-hemolítico grupo SGA) menos habitual. A partir de 12/2022 se notificó un aumento de las infecciones por SGA, incluyendo infecciones invasivas(iSGA), pero las causas no están claras. Objetivo: describir y comparar las características clínicas de los pacientes pediátricos con IOAH por SGA antes y después del aumento de casos de iSGA.

**MÉTODOS:**

Estudio observacional multicéntrico que incluye pacientes pediátricos(0-18 años) con diagnóstico de IOAH por SGA de la Red nacional de Infecciones Osteoarticulares Pediátricas(RIOPed). Se describen y comparan características de los pacientes diagnosticados en el periodo pre- (P1: 01/2015-11/2022) y post- (P2: 12/2022-12/2023) notificación del

aumento de casos de iGAS.

#### RESULTADOS:

Incluimos 78 pacientes (P1:56, P2:22), 47.4% niñas, con una edad mediana de 4.4 (RIC 2.2-7.9) años. La IOAH más frecuentes fueron la artritis séptica (46.8%), la osteomielitis (41.6%) y la osteoartritis (10.4%). No se objetivaron diferencias significativas en las características demográficas ni clínicas al diagnóstico entre los dos períodos, excepto una mayor elevación de PCR al diagnóstico en P2. El porcentaje de casos de artritis séptica fue mayor en el P2 (P1:39.3% vs P2:66.7%, p-valor 0.002), y los pacientes fueron sometidos a artrocentesis con más frecuencia (P1: 1.8% vs P2: 18.2%, p-valor 0.021). Por el contrario, disminuyeron los casos de osteomielitis (P1:53.6% vs P2:9.5%, p-valor 0.002). En el P1, presentaron bacteriemia mayor número de pacientes (P1:72.5% vs P2:40%, p-valor 0.035). Respecto al tratamiento, se observó una reducción de la duración del tratamiento antibiótico total en P2 (p-valor 0.023). No hallamos diferencias en la necesidad de ingreso en UCIP, de tratamiento quirúrgico ni secuelas tras finalizar el tratamiento. La estancia hospitalaria fue similar en ambos períodos.

#### CONCLUSIONES:

Tras el aumento de casos de iGAS, ha habido más casos de artritis séptica por GAS que osteomielitis. Sin embargo, no se han observado diferencias en la evolución clínica de los pacientes con IOAH.

Marta Agüera(1); Anna Gammell(1); María Ríos-Barnés(1); David Moreno-Romo(1); Victoria Fumadó(1); Eneritz Velasco-Arnaiz(1)

(1) Hospital Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat

---

## AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO DE INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

*M. Pneumoniae* es una bacteria patógena habitual en la edad pediátrica y causante de distintos cuadros clínicos, fundamentalmente respiratorios y febriles. Puede asociar manifestaciones extrapulmonares hasta en un 25% de los casos.

La gran mayoría de los pacientes se manejan de forma ambulatoria. Sin embargo, en nuestro medio este último año se ha percibido un aumento de casos que requieren ingreso hospitalario. En este estudio se analizan y describen las características de estos pacientes.

### MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico en el que se describen las características de los pacientes, de entre 0 y 14 años, ingresados en un hospital terciario con PCR positiva para *M. Pneumoniae* en muestras recogidas entre octubre de 2023 y abril de 2024 en Atención Primaria (AP) y Hospitalaria.

### RESULTADOS

Se han registrado 436 pacientes con PCR positiva para *M. Pneumoniae*. Un 66.7% de las muestras fueron recogidas en AP. 28 pacientes (6.4%) ingresaron y todas sus muestras procedían del ámbito hospitalario. La época más frecuente de ingreso fue febrero-marzo de 2024, con una mediana de estancia de 4 días. Entre los hospitalizados, existe un cierto predominio de varones (68%), con una mediana de edad de 6.5 años (DT 3.9). El 82% de ellos presenta comorbilidades, siendo lo más frecuente los pacientes crónicos pluripatológicos y los antecedentes a nivel respiratorio. De los 28 ingresados, el 35.7% asociaron manifestaciones extrapulmonares, combinando varios de ellos sintomatología en diferentes sistemas (14.3% mucocutánea, 14.3% digestiva, 10.7% hematológica, 7.1% otorrinolaringológica, 7.1%

neurológica, 7.1% oftalmológica). Entre ellos destacan 2 Síndrome Stevens-Johnson (7.1%), 1 Guillain-Barré (3.6%) y 1 anemia por crioaglutininas (3.6%). En todos con una evolución favorable.

La principal causa de hospitalización (71%) fue la necesidad de soporte respiratorio.

El 100% de los ingresados recibieron antibioterapia con azitromicina, con una adecuada evolución posterior.

#### CONCLUSIONES

*M.Pneumoniae* es un patógeno habitual en nuestro medio que generalmente produce un cuadro leve. No obstante, en ocasiones supone una causa de ingreso hospitalario; sobre todo en pacientes con comorbilidades, por la necesidad de soporte respiratorio.

Asimismo, posee un amplio espectro de manifestaciones, con una gran variabilidad clínica, que puede conllevar un desarrollo tórpido.

Libe Lizarraga Navarro(1);Jorge Del Arco Rodríguez(1);Carmen Viñes Collada(1);Amaia Zugazabeitia Irazabal(1);Elena Pérez Estévez(1);Miguel Ángel Vázquez Ronco(1);Ana Vinuesa Jaca(1);Beatriz Azkunaga Santibañez(1)

(1)Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)

#### IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 8 MESES DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS AGUDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

##### ANTECEDENTES:

La hospitalización a domicilio (HaD) para pacientes pediátricos agudos comenzó en nuestro hospital en noviembre de 2023. El objetivo principal del programa es ofrecer atención médica integral y continua a los niños en sus hogares, disminuyendo o evitando las estancias hospitalarias y mejorando la satisfacción de los pacientes y sus familias.

##### MÉTODOS:

Se recopilaron datos del programa de HaD desde noviembre 2023 hasta junio 2024. Los datos incluían la demografía de los pacientes, duración de la hospitalización, tipo de patología y tratamientos administrados en domicilio. Otros indicadores fueron el número de pacientes atendidos, la tasa de ocupación de camas y readmisiones hospitalarias, así como la unidad o especialidad de procedencia del paciente.

##### RESULTADOS:

Se incluyeron 193 pacientes pediátricos, con media de edad de 5,3 años (1m-19a). El 39% fueron admitidos por patología respiratoria con necesidad de oxigenoterapia y el 61% para tratamientos endovenosos. Los pacientes provenían mayoritariamente de la unidad de hospitalización (n=135, 70%) y en menor proporción del servicio de Urgencias (n=48, 25%), hospital de día o domicilio (n=2, 2%) y derivados de otro hospital (n=8, 4%). De todos los pacientes, 25 (13%) procedían de especialidades pediátricas tales como neumología, hepatología, nefrología, cirugía y oncohematología pediátricas. La estancia promedio fue de 4,9 días (1-41 días). En más del 80% de los días de actividad, la ocupación de camas superó el 50%. La tasa de readmisión fue de 4 casos (2,1%). Tras finalizar el ingreso se realizaron encuestas de satisfacción a las familias, quienes dieron comentarios muy positivos, mencionando un mayor confort y menor estrés comparado con estancias hospitalarias tradicionales.

##### CONCLUSIONES:

El programa de HaD pediátrico ha demostrado ser seguro y efectivo, reduciendo la ocupación hospitalaria y mejorando la satisfacción de pacientes y familias. Sin embargo, se encontró dificultad para establecer una cultura de hospitalización a domicilio en los servicios de diferentes especialidades y urgencias, representando un desafío para la implementación y expansión del programa. Se recomienda realizar estudios adicionales para evaluar los resultados a largo plazo y la rentabilidad del programa, así como estrategias para integrar la hospitalización domiciliaria en diversas especialidades médicas y servicios de urgencias.

A. Carsi Durall(1);L. Martinez Mitjana(1);I. Ortiz Martinez(2);R. Rojas Pérez(2);A. Martinez Linde(2);J.M. Valle T. Figueras(3);M. Tobeña Rué(4)

(1)Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.;(2)Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica. Área de conocimiento de atención al paciente de especialidades pediátricas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.;(3)Servicio de Pediatría, Responsable de Hospitalización de pediatría, Infectología pediátrica. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.;(4)Jefe de Sección de Hospitalización Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

### **HOSPITAL DE DÍA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y NECESIDADES PALIATIVAS**

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El Hospital de Día (HD) es una unidad que se encarga de llevar a cabo procedimientos específicos del ámbito hospitalario sin necesidad de permanecer ingresados en una planta de hospitalización. Este recurso puede llegar a ser realmente útil para los pacientes crónicos complejos y paliativos infantiles, que suelen presentar necesidades complejas que requieren una atención integral mediante el trabajo en equipo de pediatras de diferentes servicios y un personal de enfermería altamente cualificado. Los objetivos de este estudio son, por un lado, contabilizar el número de pacientes que se han beneficiado de este servicio, así como identificar los tipos de prestaciones llevadas a cabo.

#### **METODOLOGÍA:**

Se elaboró un estudio observacional, descriptivo de las asistencias realizadas en el Hospital de Día del Paciente Pediátrico con Enfermedades Crónicas Complejas y con Necesidades Paliativas desde la creación de la agenda digital de esta unidad, el 3 de marzo, hasta el 18 de junio de 2024.

#### **RESULTADOS:**

Durante 3 meses se ofreció asistencia a un total de 43 pacientes; un 30,77 por ciento lactantes, un 28,20 por ciento en edad preescolar, un 25,64 escolares y un 2,56 por ciento adolescentes. Se llevaron a cabo un total de 78 prestaciones, siendo las más frecuentes: la administración de otros tratamientos (20,5 por ciento), extracciones y extracciones infantiles (23 por ciento), cambio y cuidados de sonda de gastrostomía (11,51 por ciento), toma de muestras (10,2 por ciento), administración de tratamientos intravenosos (10,2 por ciento), curas sucesivas (8,97 por ciento) y gasometrías (7,69 por ciento).

#### **CONCLUSIONES:**

El HD es una alternativa asistencial eficiente a la hospitalización convencional, este favorece la continuidad asistencial y fomenta una asistencia ágil, coordinada y ambulatoria sin las desventajas del ingreso, ni la prolongación de la estancia hospitalaria, optimizando así los recursos sanitarios.

T Bonanad Carrasco(1);MM Moreno Sánchez(1);A Lorente Beltrán(1);N Palazón Nieto(1);P Vivancos Medina(1);L Galant Pérez(1);A Espinosa Torres(1);L Ayala Alcolea(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

## **VENTILACIÓN NO INVASIVA EN CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS EN HOSPITAL SECUNDARIO SIN UCIP: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA.**

### **INTRODUCCIÓN**

La ventilación mecánica no invasiva (VNI) es un tipo de soporte respiratorio utilizado generalmente en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, una adecuada formación permite su implantación en unidades de cuidados intermedios (CIP).

El objetivo de este estudio es realizar una descripción de las características de los pacientes que han precisado este soporte en nuestro centro.

### **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyen los pacientes ingresados en cuidados intermedios de un hospital de segundo nivel que han precisado VNI desde el 1/3/2019 al 1/3/2024, incluyendo pacientes con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) para inicio de soporte respiratorio domiciliario y pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) o crónica reagudizada.

### **RESULTADOS**

Se incluyen un total de 102 pacientes (62,7% de sexo masculino). 66 pacientes (64.7%) precisaron VNI por IRA y 36 (35%) ingresaron para instauración de VNI domiciliaria (IRC). La edad media de los pacientes con IRA fue de 2,90 años y la de los pacientes con IRC de 7,07 años.

Las causas más frecuentes de soporte con VNI en IRA fueron bronquiolitis (40,9%), neumonía (31,8 %) y crisis asmática (15,1%). El 81,8% de los pacientes presentaron infección respiratoria con identificación microbiológica, siendo los gérmenes más frecuentes el VRS (50%) y Rhinovirus (33,3%) y existiendo coinfección viral en 35,5%.

Andrea Moreno Herrera(1);Cinta Téllez González(1);Samuel Esquiva Soto(1);Lucía Sampérez Sinovas(1);María Concepción Rex Nicolás(1);Jose Eugenio Cabrera Sevilla(1);Gema Hurtado Sáez(1);Francisco de Asís Palazón Rico(1)

(1)Hospital universitario Santa Lucía

## **ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE PERSPECTIVAS EN LA DERIVACIÓN A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN AGUDA PEDIÁTRICA DOMICILIARIA**

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La hospitalización a domicilio (HAD) es un servicio que proporciona cuidados, clásicamente hospitalarios, en domicilio, siendo una alternativa eficaz y segura en pacientes seleccionados. Gran parte del éxito de una HAD es la correcta identificación y derivación de los candidatos. El conocimiento de los profesionales sobre la HAD, sus características y las fortalezas y barreras percibidas en el momento de la derivación, pueden contribuir al rendimiento del programa.

El objetivo principal es valorar la percepción y conocimiento del personal facultativo (médico y enfermería) sobre la HAD en un hospital pediátrico de tercer nivel con HAD para paciente agudo.

### **MÉTODOS**

Estudio unicéntrico, descriptivo transversal mediante el uso de encuestas no validadas diseñadas para el mismo, difundidas mediante correo corporativo a facultativos.

## RESULTADOS

Se reclutaron 125 encuestas, 56% personal médico, 44% enfermería, con una experiencia de más de 10 años en el 61%. Un 91% conocía el funcionamiento del programa, el 73% había detectado algún candidato y el 55% había realizado derivación. De éstos, un 97% lo consideraba una experiencia beneficiosa para su servicio/paciente y el 99% volvería a repetir.

El 43% de los profesionales no habían recibido feedback durante el ingreso, pero al 80% le hubiera gustado y un 72% lo consideraba necesario.

83/108 participantes desearían continuar participando en el manejo terapéutico durante la HAD.

Los principales motivos al valorar la derivación a HAD fueron: mejorar la calidad de vida de paciente/familia (88%), reducir la duración del ingreso hospitalario (79%) y evitar el ingreso hospitalario (63%).

Los principales motivos para descartar la derivación a HAD: dudas en la capacidad de la familia para el autocuidado (71%), reticencias/rechazo de la familia al traslado (61%) y dudas sobre un adecuado manejo clínico/de las complicaciones domiciliarias (50%).

El 96% de los encuestados considera útil/muy útil la HAD.

## CONCLUSIONES

Los encuestados conocían mayoritariamente la existencia y funcionamiento del programa, con un alto grado de satisfacción y con el principal objetivo de mejorar la calidad de vida de pacientes /familia. La mitad de los encuestados recibió información sobre la HAD, pero a la mayoría les gustaría también continuar participando en el manejo domiciliario.

A Aldemira Liz(1);A Batlle Boada(1);E Esquerdo Barragan(1);S Lopez Mateo(1);A Achotegui del Arco(1);C Villalon Matute(1);M Fabregat Farran(1);JJ Garcia Garcia(1)

(1)HSJD Barcelona

## IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ecografía torácica es una herramienta útil y no invasiva para el diagnóstico y seguimiento de la patología pulmonar aguda. En los últimos años, se ha incrementado el uso de la ecografía pediátrica "a pie de cama" en diversos ámbitos, incluyendo la Hospitalización. Un importante porcentaje de las hospitalizaciones pediátricas son por infecciones respiratorias, y el uso de la ecografía por parte de pediatras formados es una herramienta de soporte en la práctica clínica diaria.

Muchos pacientes con patología respiratoria aguda en fase estable son candidatos a realizar una hospitalización a domicilio (HAD), donde el acceso a las pruebas complementarias es limitado e implica en la mayoría de los casos la necesidad de traslado al centro hospitalario, con los inconvenientes asociados para paciente y familia.

El objetivo de este estudio es analizar la utilidad de la ecografía pulmonar en pacientes con patología respiratoria aguda ingresados en régimen domiciliario.

### MÉTODOS



Estudio unicéntrico descriptivo retrospectivo, con análisis de datos de pacientes ingresados en HAD de un hospital pediátrico de tercer nivel entre Febrero y Junio de 2024.

## RESULTADOS

En un periodo de 5 meses, se incluyeron un total de 11 pacientes, el 90% (10/11) con patología respiratoria al ingreso: bronquitis (2/10), (bronco)neumonía (6/10) y pleuroneumonía (1/10). El 81% (9/11) tenía estudios de imagen previos: ecografía (3/9) y/o radiografía (9/9). El motivo de la ecografía fue de control en un 45% (5/11) y por empeoramiento clínico (fiebre y/o empeoramiento auscultación pulmonar) en un 55% (6/11). En un 45% de los pacientes (5/11) hubo hallazgos ecográficos que generaron un cambio terapéutico (80% de los pacientes con empeoramiento clínico).

Los hallazgos ecográficos patológicos más frecuentes fueron la presencia de consolidación (8/11), atelectasia (2/11) y derrame pleural (1/11).

## CONCLUSIONES

La ecografía torácica realizada en domicilio es un método no invasivo, rápido y con una fácil aceptabilidad y disponibilidad. La ecografía torácica domiciliar es un soporte para el manejo clínico en domicilio que facilita el seguimiento clínico de los pacientes con patología respiratoria, la toma de decisiones terapéuticas y evita desplazamientos al centro hospitalario.

R García Romero(1);A Aldemira Liz(1);C Villalón Matute(1);L Baleta Riera(1);A Achotegui del Arco(1);C Gonzalez Grado(1);M Agüera Jorge(1);S López Mateo(1)

(1)HSJD Barcelona

---

## ESTUDIO SOBRE SALUD ÓSEA EN NIÑOS SEGUIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los niños con enfermedades graves presentan mayor riesgo de osteoporosis por los efectos de la enfermedad sobre el esqueleto, los tratamientos que precisa, la desnutrición y la inmovilidad que condiciona. Los síntomas de disminución de densidad mineral ósea (DMO) como alteración del estado general y dolor generalizado son tardíos y difíciles de valorar en estos pacientes. Estudios realizados muestran que 50-70% tienen un z-score de DMO <-2 y hasta un 15-17% sufren fracturas óseas. El objetivo de este trabajo es evaluar la salud ósea de pacientes seguidos en una unidad de hospitalización domiciliar y cuidados paliativos pediátricos (UHD-CPP)

### MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 54 niños seguidos en la actualidad. Se tomaron como datos de análisis: factores de riesgo de osteoporosis (*tabla*), administración de tratamiento preventivo (vitamina D y calcio), exploraciones complementarias realizadas (metabolismo fósforo-cálcico, densitometría radiológica de doble energía "DEXA") y complicaciones registradas.

### RESULTADOS:

De los 54 pacientes seguidos, 34 pacientes (63%) presentaban  $\geq 3$  factores de riesgo asociados a baja DMO y osteoporosis. Se instauró tratamiento preventivo en 10 niños (24%), 9 con vitamina D y uno con calcio. En 37 niños (68%) se realizó control analítico periódico y DEXA en 4 (7.5%) mostrando osteoporosis 3. Como complicaciones 4 pacientes presentaron fracturas patológicas con mecanismos de baja energía, dos de ellos múltiples, recogiendo un total de 7 (11%), siendo la clínica más frecuente tumefacción, dolor e irritabilidad y el hueso más afectado el fémur.

**CONCLUSIONES:**

Se constata como en otros estudios un elevado número de pacientes con riesgo de osteoporosis que puede pasar inadvertida hasta producir fracturas patológicas que aumentan la morbimortalidad y la complejidad de sus cuidados. Dado que las indicaciones y efectos de la suplementación con vitamina D y calcio no están claramente establecidas, es clave identificar los pacientes de riesgo para aplicar medidas preventivas: minimizar fármacos que afectan la DMO, realizar en la medida de lo posible actividad física regular (fisioterapia, sillas de bipedestación...), exposición solar diaria 15 minutos y mantener un buen estado nutricional. Es conveniente además realizar controles analíticos periódicos del metabolismo óseo y DEXA según evolución.

Maria Teresa Montero Cebrian(1); Maria Angeles Bernal Galera(1); Paloma Vivancos Medina(1); Maria del Mar Moreno Sanchez(1); Teresa Bonanad Carrasco(1); Ana Lorente Beltran(1); Natalia Palazón Nieto(1); Laura Galant Perez(1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

**INSTAURACIÓN DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA A PIE DE CAMA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.****INTRODUCCIÓN:**

Las neumonías adquiridas en la comunidad (nac) en pacientes pediátricos generan un gran impacto en la morbimortalidad infantil a nivel global. La evidencia de la utilidad de la ecografía clínica en diagnóstico y seguimiento en los servicios de urgencias y cuidados intensivos está creciendo rápidamente, pero en las plantas de hospitalización pediátrica todavía está en proceso de implementarse.

**OBJETIVOS:**

valoración de la aplicabilidad de la ecografía pulmonar, realizada por pediatras de un hospital de tercer nivel, en el seguimiento de los pacientes que ingresan con nac y de las posibles complicaciones asociadas. Asimismo, se analizará las características epidemiológicas, clínico-analíticas y microbiológicas de los pacientes incluidos.

**MÉTODOS:**

Estudio descriptivo prospectivo, de intervención y unicéntrico. Se incluyen pacientes de entre 3 meses y 18 años, con diagnóstico de nac, hospitalizados entre diciembre y febrero de 2023-2024. Se realiza ecografía pulmonar al ingreso y entre los 3-5 días siguientes y/o en caso de empeoramiento clínico.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron 34 pacientes, de 7 años de edad de mediana, siendo un 57.6% de sexo masculino. El 51.5% no tenían enfermedades de base. La mayoría de los pacientes presentaban fiebre, tos, mucosidad e hipofonía a la auscultación. En un 36% se realizó más de una ecografía, con una mediana de 4 días de ingreso. En aquellos pacientes con derrame pleural, se apreció una disminución del tamaño al alta, sin ser estadísticamente significativo. En cuanto a la etiología, se clasificaron las neumonías de origen bacteriano (*Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Mycobacterium tuberculosis*) y vírica (gripe, metaneumovirus, rinovirus, adenovirus, VRS), excluyendo aquellos pacientes en los que no se determinó microorganismo. A nivel ecográfico, en el caso de las neumonías víricas, predominaba el patrón intersticial, en comparación con las neumonías no bacterianas ( $p < 0,01$ ).

**CONCLUSIONES:**

La ecografía pulmonar a pie de cama puede ser de utilidad para el seguimiento de pacientes ingresados por NAC, ya que según el patrón ecográfico puede ayudar a diferenciar la etiología y optimizar el tratamiento. Por ello, es necesario la formación de pediatras en realización de ecografías e incluir esta técnica en los protocolos asistenciales de hospitalización.

Raquel García Romero(1);Ferran Gómez Aguilar(1);Paula García Espinosa(1);Cristina Andrés Fradera(1);Georgina Armero Campos(1);Aina Martínez Planas(1);Mariona Fernández de Sevilla Estrach(1);Juan José García García(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

---

## INGRESOS POR BRONQUIOLITIS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La bronquiolitis es la principal causa de ingreso en niños menores de 2 años. La hospitalización a domicilio (had) proporciona cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario en el domicilio del paciente. El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes ingresados por bronquiolitis en una unidad de had.

### MÉTODOS:

estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados por bronquiolitis en una unidad de had en un hospital terciario durante los primeros 30 meses de funcionamiento (diciembre 2021 a mayo 2024). Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos, visitas a urgencias y necesidad de reingreso hospitalario. Todos los pacientes cumplían criterios clínicos, sociales y geográficos de ingreso en had. Los cuidadores recibieron formación acerca del manejo de la enfermedad, toma de constantes y utilización de oxigenoterapia. El seguimiento de los pacientes se realiza mediante visitas diarias del personal médico y/o de enfermería, contacto telefónico y/o videollamada.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 110 pacientes (58,2% varones). La mediana de edad fue de 4 meses (ric 1-9,25). El 17,3% (19) de los niños tenían patología crónica de base, la mayoría prematuridad (10%). El 5,4% (6) tenían soporte tecnificado previo y 2,7% (3) de los pacientes cumplían criterios de complejidad.

El 98% fueron derivados desde planta de hospitalización, el resto desde urgencias. El 19% (21) de los pacientes habían ingresado previamente en Cuidados Intensivos y el 41,8% (46) precisaron oxigenoterapia de alto flujo durante su ingreso. La mediana de estancia en hospitalización convencional fue de 4 días (RIC 2-6) y en HAD de 4 días (RIC 3-6). Se evitaron 559 estancias hospitalarias.

El VRS fue el causante del 65% de los episodios de bronquiolitis, 11% *Rhinovirus* y en el 10% no se identificó la causa.

Durante su estancia en HAD, 7 pacientes (6,3%) precisaron atención en urgencias; 4 de ellos por empeoramiento respiratorio (3 ingresaron) y 3 por un motivo diferente (2 ingresaron). De los 5 reingresos hospitalarios (4,5%), 3 de ellos volvieron a HAD tras su mejoría.

### CONCLUSIONES:

La HAD es una opción válida para el manejo de pacientes con bronquiolitis implicando una tasa baja de reingresos o reconsultas en urgencias.

Clara Molina Amores(1);Blanca Bravo Queipo de Llano(1);Claudia Millán Longo(1);Aroa Rodríguez Alonso(1)

(1)Hospital Universitario La Paz

---

## CARACTERIZACIÓN DE LA INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO: ESTUDIO UNICÉNTRICO DESCRIPTIVO (PERIODO 2023-2024)

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* se presenta en la edad escolar en forma de brotes epidémicos. Desde 2022 se ha observado un aumento de casos en algunos países.

El objetivo de este estudio es caracterizar los pacientes pediátricos hospitalizados debido a una infección por *M. pneumoniae* durante el periodo 2023-2024.

### MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital materno-infantil Sant Joan de Déu, Barcelona. Incluimos pacientes pediátricos (0-18 años) hospitalizados debido a una infección aguda por *M. pneumoniae* desde 01/2023 a 04/2024. Los casos presentaban clínica compatible y una PCR a *M. pneumoniae* positiva en una muestra biológica, IgM positiva en dos determinaciones o seroconversión de IgM a IgG. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y microbiológicos. El comité de ética local aprobó el estudio (código PIC-47-24).

### RESULTADOS:

Se incluyen 89 pacientes, 39 (43,8 %) de sexo femenino, con una mediana de edad de 8 años (RIC 3,5-11). La duración del ingreso fue de 4 (2-6) días. Doce pacientes (12/89, 13,5%) precisaron ingreso en la UCI durante 5 (3,5-5) días. La *Tabla 1* resume las características de estos pacientes.

La forma clínica predominante fue la respiratoria (85 pacientes, 95,5%), acompañada de síntomas digestivos (28/89, 31,5%) y manifestaciones cutáneas (11/89, 12,4%). Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron los infiltrados bilaterales (28/84, 33,3%) y la consolidación unilateral (26/84, 31%). Veinticinco pacientes (25/84, 29,8%) presentaban derrame pleural; uno precisó toracostomía. La mayoría (57/85, 67%) requirieron algún soporte respiratorio, necesitando ventilación mecánica 12 pacientes (12/85, 14%).

La infección se confirmó en 88 casos (98,9%) mediante PCR y mediante serologías en 23 (25,8%). Cincuenta y cinco pacientes (55/89, 56,2%) presentaban co-infección vírica, la más frecuente por rinoenterovirus (30/55).

Ochenta y cuatro pacientes (84/89, 94,4%) recibieron azitromicina por una mediana de 3 días (RIC 3-3). Ésta se inició tras 1 (0-3) día de ingreso. Tres cuartas partes (67/89, 75,3%) recibieron otros antibióticos.

### CONCLUSIONES:

Actualmente, la mayoría de ingresos por infecciones por *M. pneumoniae* presentan clínica respiratoria y casi un tercio derrame pleural. Uno de cada 7 casos precisa ventilación mecánica. Es necesario un diagnóstico precoz, tratamiento dirigido y evitar el uso innecesario de antibióticos.

S Sánchez Llamas(1);L Baleta Riera(1);C Esteva Afonso(1);M Monsonís Cabedo(1);T Noguera-Julian(1);C Launes Montana(1);M Fernández de Sevilla Estrach(1);A Gamell Fulla(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## EVALUACIÓN DEL USO DE TÉCNICAS DE SEDOANALGESIA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

### INTRODUCCIÓN:

El dolor es uno de los principales responsables del sufrimiento de los niños ingresados. En los últimos años ha habido un aumento del interés por parte de pediatras no anestesiólogos por formarse en la aplicación de técnicas de sedoanalgesia para procedimientos poco invasivos.

Parte del equipo asistencial de hospitalización de nuestro centro se ha formado en dichos procedimientos y los aplican en técnicas poco cruentas. Hay pocos datos acerca del uso de los mismos en las Plantas de Hospitalización. Por ello, el objetivo del estudio es describir los procedimientos de sedoanalgesia que se realizan en este escenario, así como a los pacientes quienes las reciben.

#### DISEÑO:

Estudio descriptivo prospectivo unicéntrico realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyen a aquellos pacientes pediátricos a los que un pediatra internista realiza una técnica de sedoanalgesia, de octubre de 2023 a junio de 2024.

#### RESULTADOS:

Se incluyeron a 32 pacientes (edad mediana de 10,8 (RIC 5,6-14,8) años; 56,3% de sexo femenino). En cuanto al riesgo anestésico, 15 (46,9%) presentaban una escala ASA II, y 17 (53,1%), de I. Los procedimientos más habituales que indicaron la sedoanalgesia fueron la retirada de dispositivos (de drenaje pleural en 13 pacientes, de drenaje ventricular externo en 5 y de sensor de presión intracraneal en 4), seguido de realización de punción lumbar (n=4) y cura de heridas (n=3). Se usaron 47 fármacos (1,5 por paciente), siendo los más usados ketamina (n=28;59,6%), midazolam (n=15;31,9%) y óxido nitroso (n=3;6,4%). Las vías de administración más usadas fueron la endovenosa (n=40;85,1%), oral (n=5;10,6%) e inhalada (n=3;6,4%). La monitorización se realizó mediante pulsioximetría en 27(84,4%) pacientes y pulsioximetría-capnografía en 5(15,6%). Nueve pacientes (28,1%) presentaron dolor durante el procedimiento (EVA máximo 3). Por último, 6 pacientes (18,8%) presentaron algún tipo de incidencia (vómitos=3; exantema=2; desaturación puntual=1), siendo todas leves y resolviéndose en los siguientes minutos.

#### CONCLUSIONES:

En un contexto en el que la figura de los pediatras hospitalistas cobra mayor importancia, la realización de técnicas de sedoanalgesia para procedimientos sencillos y en pacientes seleccionados por parte de pediatras formados es efectiva para el correcto control del dolor de los pacientes y segura.

A Soler García(1);G Armero Campos(1);A Martínez Planas(1);L Monfort Carretero(1);M Fernández de Sevilla Estrach(1);JJ García García(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

### **VENTILACIÓN NO INVASIVA EN BRONQUIOLITIS AGUDA EN PLANTA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La bronquiolitis aguda (BA) es la primera causa de hospitalización en lactantes. Los casos moderados-graves requieren ventilación no invasiva (VNI) frecuentemente. Este soporte no suele estar disponible en plantas de hospitalización, produciendo colapso asistencial de las UCIP en periodos epidémicos. Algunos centros han instaurado el uso de VNI en planta, con posibilidad de traslado a UCIP si fuera necesario.

El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar los casos de BA que precisaron VNI durante su ingreso en planta en un hospital de segundo nivel.

#### MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes ingresados por BA que requirieron VNI entre 2014 y 2023. Se recogieron datos de anamnesis, exploración física, gravedad al ingreso (escala BROSJOD), pruebas

complementarias, tratamientos, valores gasométricos, parámetros ventilatorios y necesidad de UCIP. El estudio estadístico se realizó mediante SPSS Statistics v20.

## RESULTADOS

545 pacientes ingresaron por BA entre 2014 y 2023. 92 (16,9%) pacientes precisaron VNI; de los que 54,3% eran varones, 27,2% menores de 28 días y 18,5% prematuros, el 76,1% fue VRS positivo. El BROSJOD medio al ingreso fue 7 (4,19–9,80) puntos, siendo las principales indicaciones para inicio de VNI distrés (94,6%), hipercapnia (65,2%) y apneas (19,6%). 79,4% recibieron soporte respiratorio previo (28,3% oxigenoterapia con cánulas nasales, 63,1% alto flujo). La duración media de la VNI fue 5,45 (2,56–8,34) días. 37 (40,2%) requirieron BiPAP. 64 (69,6%) fueron dados de alta desde planta, 27 (29,3%) precisaron traslado posterior a UCIP (85% por distrés mantenido, 67% hipercapnia mantenida, 40% apneas) y un paciente falleció (1,1%). Se trasladaron más a UCIP los pacientes que iniciaron VNI por apneas (RR 2,03; IC95% 1,10–3,75;  $p=0.02$ ) y los que requirieron BiPAP (RR 3,63; IC95% 1,77–7,42;  $p<0.001$ ). No se encontró asociación entre la edad al ingreso ni infección VRS con el traslado a UCIP.

## CONCLUSIONES

La VNI en planta puede ayudar a mitigar la presión asistencial de las UCIP durante las epidemias de BA, aunque podría no suponer una ventaja en pacientes en los que se inicia VNI por apneas o que requieran BiPAP durante la evolución, independientemente de la asociación con VRS o la edad al ingreso.

Lucía Romero Imaz(1);Kenza Laoufir(1);Lydia De la Torre Martín(1);Patricia Del Olmo Segura(1);Ana Martín Moreno(1);Elvira Cobo Vázquez(1);Mercedes Bueno Campaña(1);David Argumán García(1)

(1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón

## ANÁLISIS DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es el soporte respiratorio que administra aire humidificado y calentado por encima del pico inspiratorio del paciente, con un flujo hasta 2 L/kg/minuto. Se indica en hipoxemia sin hipercapnia o dificultad respiratoria. Una reciente revisión Cochrane revela que los pacientes con bronquiolitis que reciben OAF, en comparación con gafas nasales de bajo flujo (GN), mejoran precozmente parámetros respiratorios y cardiacos y reducen su estancia hospitalaria. Nuestro objetivo es estudiar a los pacientes que han recibido OAF en nuestro centro, comparándolos con los que han recibido GN.

Presentamos un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, realizado con pacientes pediátricos hospitalizados por infecciones respiratorias entre octubre de 2023 y mayo de 2024, excluyéndose neonatos. Se recogieron datos de antecedentes personales, cuadro clínico y soporte respiratorio, previo consentimiento informado a las familias. Los criterios de inicio de OAF incluyeron hipoxemia y trabajo respiratorio que no respondían a GN. Se emplearon los test estadísticos de Chi Cuadrado y U de Mann Whitney.

Ingresaron 492 pacientes, de los cuales 269 (54,7%) recibieron GN y 72 (14,6%) recibieron OAF. 34 pacientes (6,9%) precisaron inicialmente ventilación mecánica. No se han descrito complicaciones relacionadas con la OAF, y menos del 10% de los pacientes precisó ingreso en UCI-Pediátrica por mala evolución, si bien la tasa fue superior a la del grupo con GN (Tabla 1). En comparación con el grupo de GN, los pacientes con OAF presentaron una edad media mayor y una estancia hospitalaria media dos días superior ( $p<0,01$ ). Además, los niños con OAF estaban más vacunados contra la gripe ( $p=0,02$ ) y menos contra el VRS ( $p<0,01$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo, presencia de tabaco en ambiente familiar ni lactancia materna en el primer mes de vida.

## CONCLUSIONES:



La OAF es una terapia bien tolerada en nuestro centro. En comparación con el grupo de GN, son niños de mayor edad, que precisan una estancia hospitalaria y una necesidad de ingreso en UCI ligeramente superiores, lo que podría reflejar una mayor gravedad de estos pacientes. Consideramos necesarias más investigaciones en este campo para profundizar en el conocimiento de la OAF.

María Sánchez Pérez(1);Alba Giménez Pérez(1);Elena Párraga Pagán(1);Xènia Claver Pros(1);María José Monreal Campos(1);María Pérez Cebrián(1);Ana Isabel Menasalvas Ruiz(1);Encarnación Bastida Sánchez(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Uno de los propósitos que deben tener las unidades especializadas en niños con patología crónica y complejidad (NPCC) debe ser aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El objetivo del trabajo es identificar factores que interfieren en dicha calidad de vida.

### MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo sobre pacientes NPCC en seguimiento en la consulta monográfica de un hospital terciario entre septiembre de 2020 y mayo de 2024.

Al no existir encuestas de calidad de vida validadas para NPCC, se elaboró un cuestionario para padres y/o progenitores, incluyendo ítems para la medición de calidad de vida relacionada con la salud. Las fuentes fueron las escalas PECVEC (pacientes crónicos adultos), y CHIP, KidScreen y CPQOL (población infantil general). Las preguntas contenían 4 ó 5 respuestas en una escala de Likert. Los datos fueron procesados mediante SPSS 22.0

### RESULTADOS

Fueron valorados en consulta 217 pacientes. 60 rellenaron la encuesta. Sus respuestas figuran en la tabla 1.

Los datos epidemiológicos fueron: edad  $7.18 \pm 4.6$  años; sexo: 68.3% varones; origen español: 83.3%. El 98.3% presentaba afectación neurológica. Las patologías de base más frecuentes fueron parálisis cerebral infantil (41.7%) y encefalopatía epiléptica (20%). El 38.3% dependía de soporte tecnificado.

Las respuestas sobre calidad de vida de padres/progenitores resultaron positivas en 11/19 preguntas. Las respuestas negativas estuvieron relacionadas con los términos: "aficiones", "sueño" o "amigos", y sentimientos como "preocupación", "energía", "tranquilidad" y "cansancio". En contraposición, todas las respuestas sobre la calidad de vida en niños fueron mayoritariamente positivas, aunque un 25% no respondió sobre su "enfermedad crónica" o "cuidador futuro". La tabla 1 muestra la media de días efectivos perdidos por problemas de salud.

En una cuestión final de respuesta libre, el 30% señalaron como positivo tener una consulta de coordinación.

### CONCLUSIONES

Los resultados de nuestra encuesta muestran diferencias entre las perspectivas sobre la calidad de vida de los NPCC y sus familiares, siendo estos fundamentales para la supervivencia y bienestar de sus hijos.

Los encuestados valoraron positivamente la figura del pediatra coordinador. Se precisa mayor tiempo de seguimiento y participación de las familias para evaluar si existe mejoría.

Pablo Gómez Garrido(1); Enrique Villalobos Pinto(2); Azucena Retuerta Oliva(2); María Suárez-Bustamante Huélamo(2)

(1)Centro de Salud Federica Montseny;(2)Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

### **CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS A INFECCIÓN POR SARS-COV-2, UNA CAUSA DE INGRESO HOSPITALARIO EN AUMENTO.**

#### **INTRODUCCIÓN:**

El neurotropismo del SARS-CoV2 parece más evidente con las nuevas variantes. Una de sus principales manifestaciones son las convulsiones febriles con aumento del 0,2-4% al 25% con la variante ómicron. Se ha descrito además que en un alto porcentaje son complejas o recurrentes, requiriendo ingreso hospitalario.

El objetivo fue describir y comparar las características de los pacientes ingresados con crisis epilépticas con y sin infección por SARS-CoV-2.

#### **METODOLOGÍA:**

Estudio unicéntrico, retrospectivo, descriptivo y analítico incluyendo pacientes 0-16 años ingresados por crisis epilépticas entre 10/03/2020-31/12/2023. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. Se compararon dos grupos: pacientes COVID positivos y negativo. Se empleó SPSS®v23.

#### **RESULTADOS:**

Durante el período del estudio ingresaron 4606 pacientes, 361(7,84%) por sintomatología neurológica, la mayoría en el período de Ómicron (73%) [Wuhan/Alpha 18,18%; Delta 8,7%].

De los 361 pacientes, 188 fueron ingresados por crisis, 22 COVID (11,7%) y 166 noCOVID (88,2%). La mediana de edad fue 42,2 meses(15,6-85,9), la estancia media 3 días(2-5), 58% varones. La mayoría tenían enfermedad de base (74,3%; 55% neurológica). Presentaron crisis febriles 74(39,3%) pacientes siendo atípicas 82,4%.

Los grupos fueron comparables en sus características basales. Los pacientes noCOVID presentaban mayor recuento de leucocitos ( $p=0.02$ ) y neutrófilos ( $p<0.01$ ). En ambos grupos se solicitaron un elevado número de pruebas complementarias, habiendo alteraciones en la mitad de los EEG, siendo más frecuente el enlentecimiento en los COVID y las crisis en los noCOVID. No hubo diferencias en cuanto a la presencia de crisis febriles [Tabla-1A].

Las crisis febriles por COVID ingresaron por edad atípica o recurrencia, presentando un mayor número de crisis ( $p=0,017$ ) que los noCOVID. Sin embargo, los pacientes noCOVID presentaron más ingresos de crisis atípicas por duración ( $p=0,01$ ), con un mayor número de estatus e ingresos en UCIP, aunque sin alcanzar significación estadística [Tabla-1B].

#### **CONCLUSIONES:**

La variante ómicron asocia mayor neurotropismo que variantes previas, con mayor número de ingresos por crisis y realización de pruebas complementarias. Las crisis febriles por COVID que precisaron ingreso fueron por edad atípica o número de crisis; no obstante, estos pacientes no presentaron mayor gravedad medida como estatus epiléptico, ingreso en UCIP o mayor estancia media.

Alicia Fernández González(1); Blanca Toledo Del Castillo(1); María Salvador Rodríguez(1); María Molina Bañón(1); Almudena Chacón Pascual(1); Jimena Pérez Moreno(1); Felipe González Martínez(1); Rosa Rodríguez Fernández(1)

(1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón

---

## **IMPACTO DE VACUNACIÓN UNIVERSAL ANTIGRI PAL EN INGRESOS HOSPITALARIOS DE UN HOSPITAL COMARCAL.**

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La gripe constituye un enorme problema de salud pública, responsable de casi un millón de casos graves en pacientes menores de 5 años en todo el mundo. Además, los niños constituyen el principal vector de transmisión de la enfermedad.

En la temporada 2023-24 en todo el territorio español se instaure la vacunación antigripal universal a los niños entre 6 y 59 meses de edad.

El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de pacientes que ingresaron en nuestro centro con diagnóstico de gripe y valorar si el cambio de estrategia vacunal se ha visto reflejado en el número de ingresos por este motivo.

### **MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo, de pacientes ingresados con diagnóstico microbiológico confirmado por gripe (A o B), durante las temporadas 2021-2022, 2022-2023 y 2023-2024, entre los meses de octubre a abril.

### **RESULTADOS**

Se revisan las historias clínicas de 85 pacientes. El motivo más frecuente de ingreso fue fiebre persistente y broncoespasmo agudo, asociado o no a sobreinfección bacteriana. En lactantes menores de 3 meses el motivo principal fue el rechazo alimentario. No se produjeron complicaciones relevantes.

En la temporada 22-23, coincidiendo con el alivio de restricciones derivadas de la pandemia, se observa un importante aumento de incidencia de ingresos por gripe, que prácticamente triplica la temporada anterior. En la temporada 23-24, coincidiendo con la vacunación antigripal universal, el porcentaje de pacientes que ingresan por gripe desciende de forma significativa, con incidencia incluso más baja que en la temporada 2021-2022, en la que aún estaban presentes medidas de distanciamiento social en los centros escolares las medidas para evitar la transmisión de virus respiratorios.

Casi la totalidad de pacientes que requirieron ingreso hospitalario por Gripe en las 3 temporadas estudiadas no estaban vacunados, incluso aquellos de edad susceptible.

### **CONCLUSIONES**

La instauración de la vacunación gripal universal ha supuesto una reducción de ingresos por síntomas o complicaciones derivadas de la gripe en nuestro centro.

Sin embargo, es necesario mejorar la tasa de vacunación de los pacientes entre 6-59 meses.

Elena Lucas Sáez(1);Teresa Romero Rubio(1);Gema Diaz Molina(1);Elena Alvaro Toquero(1);Elvira Aranzazu Garza Espi(1);Inés Costa Alcacer(1)

(1)Hospital Manises

---

## CALIDAD PERCIBIDA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA Y NECESIDADES PALIATIVAS

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El aumento de la supervivencia de niños con enfermedades graves ha supuesto el incremento de niños con patología crónica altamente compleja, en ocasiones con discapacidades de por vida. La creación de una unidad para la atención integral de estos niños es crucial para garantizar una asistencia integral y coordinada, disminuir el tiempo de los ingresos y que la atención que reciban sea óptima y acorde a sus necesidades. El objetivo del estudio es conocer la calidad percibida en la atención asistencial y el grado de satisfacción de las familias tras ingresar en una nueva planta de hospitalización específica para estos pacientes, a través del cuestionario de calidad percibida (EMCA). Además de determinar qué aspectos son los mejor valorados y cuáles son susceptibles de mejora.

### METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. La recogida de datos se realizó de manera telefónica, realizando el cuestionario EMCA. Se contactó con los tutores legales de los pacientes que habían permanecido hospitalizados más de veinticuatro horas a cargo de la Unidad de Atención Integral al Paciente Pediátrico con Enfermedad Crónica Compleja y Necesidades Paliativas, desde la apertura de la unidad hasta 18 de junio de 2024. Se descartaron aquellas familias en las que el paciente hubiera fallecido o estuviera en proceso de final de vida, así como las que no aceptaron la participación en el estudio.

### RESULTADOS:

Como resultados preliminares, tras contactar con el 86,7 por ciento y recibir respuesta del 43,3 por ciento de los tutores legales de los pacientes seleccionados para el estudio, la satisfacción media es de un 8,3 sobre diez y la profesionalidad del personal sanitario es considerada como buena o muy buena por el 100 por ciento de encuestados. El 92,8 por ciento volverían a esta unidad si pudieran elegir. En el aspecto mejor valorado destaca el trato recibido y el 78,6 por ciento coincide en la misma propuesta de mejora.

### CONCLUSIONES:

El balance de dicha encuesta ha sido satisfactorio. Gracias a estos resultados aparecen oportunidades de mejora en la atención a los pacientes y con ello una mejora en la calidad asistencial.

María del Mar Moreno Sánchez(1);Ana Lorente Beltrán(1);Naila Palazón Nieto(1);Paloma Vivancos Medina(1);Laura Galant Perez(1);Teresa Bonanad Carrasco(1);Andrea Espinosa Torres(1);Laura Ayala Alcolea(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA Y NECESIDADES PALIATIVAS

### INTRODUCCIÓN:

El cuidado integral y especializado de los niños con patología crónica compleja y necesidades paliativas es fundamental en las unidades de hospitalización pediátrica. Este proyecto presenta un plan de cuidados estandarizado basado en los lenguajes enfermeros NANDA, NIC y NOC, adaptable a las necesidades individuales de cada paciente en el momento de su ingreso en la unidad de hospitalización.

### OBJETIVO:

Establecer un plan de cuidados estandarizado utilizando los diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC, para proporcionar una atención óptima y personalizada a los niños ingresados en la unidad de hospitalización

pediátrica con patologías crónicas complejas y necesidades paliativas.

#### MÉTODO:

Se realizó una identificación exhaustiva de los diagnósticos NANDA aplicables al perfil general de los pacientes con patologías crónicas complejas y necesidades paliativas que forman parte de la unidad. Posteriormente, se asignaron intervenciones NIC y resultados NOC a cada diagnóstico, formando un plan de cuidados integral que abarca las diversas dimensiones del estado de salud de los niños.

#### RESULTADOS:

Se identificaron 36 diagnósticos NANDA, clasificados según 11 dominios, cubriendo todas las esferas del paciente. Estos diagnósticos incluyeron riesgos de infección, problemas nutricionales y gastrointestinales, dificultades respiratorias, problemas urinarios, falta de conocimientos en salud, dificultades en el desempeño de roles y afrontamiento familiar, problemas de integridad física, fluctuaciones en la temperatura corporal, manejo del dolor y preocupaciones emocionales. Las intervenciones NIC y los resultados NOC asociados permitieron una evaluación integral y multidisciplinaria de las necesidades del paciente.

#### CONCLUSIÓN:

El desarrollo e implementación de un plan de cuidados estandarizado basado en NANDA, NIC y NOC facilita la personalización del cuidado pediátrico, mejorando la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas complejas y necesidades paliativas. Este enfoque estructurado permite una atención más coherente y efectiva, adaptándose a las necesidades individuales de cada niño en el momento de su ingreso.

Naila Palazón Nieto(1);Paloma Vivancos Medina(1);Laura Galant Pérez(1);Teresa Bonanad Carrasco(1);María del Mar Moreno Sánchez(1);Ana Lorente Beltrán(1);Alexis Martínez Cornet(1);Cristina Molina Ruíz(1)

(1)HU Virgen de la Arrixaca

---

## PADECER UNA CONDICIÓN GENÉTICA RARA Y COMPLEJIDAD EXTREMA, FACTORES RELACIONADOS CON UNA MUERTE TEMPRANA TRAS TRAQUEOSTOMIZACIÓN

### INTRODUCCIÓN

La traqueostomía y la ventilación mecánica domiciliar han permitido un aumento de supervivencia de pacientes con enfermedades complejas. La fragilidad de estos pacientes y la tecnificación adquirida conlleva una elevada morbimortalidad. El objetivo es analizar las características de los pacientes fallecidos portadores de traqueostomía en seguimiento por el servicio de paciente crónico complejo y atención paliativa (SAPPCC) de un hospital terciario.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, retrospectivo observacional que incluye pacientes pediátricos traqueostomizados seguidos por el SAPPCC de enero 2020 a febrero 2024, con análisis de datos epidemiológicos y clínicos (patologías de base, causas de fallecimiento y escalas de complejidad Pedcom).

### RESULTADOS

En cuatro años 745 pacientes han sido atendidos por SAPPCC, siendo 55 portadores de traqueostomía en algún momento del periodo. De los 55 pacientes traqueostomizados: 8 han fallecido (6 último año). A 4 se colocó la traqueostomía antes de los seis meses de vida y 4 más allá de los dos años. 5 de los 8 fallecieron antes del medio año de colocación de la traqueostomía y en ningún caso por complicación directa del dispositivo. Del total de pacientes fallecidos traqueostomizados destaca que la mayoría (6/8) padecían condiciones genéticas raras y a la vez tenían escalas de Pedcom de complejidad extrema (>21 puntos). La patología de base de los pacientes y la causa del fallecimiento se refleja en la tabla adjunta. En 5 de los 8 pacientes el exitus fue tras una adecuación terapéutica y en 3 por un evento agudo. Los lugares de fallecimiento fueron: 3 UCI, 1 hospitalización, 1 centre intermedio y 2 domicilio.

## CONCLUSIONES

La complejidad y fragilidad de los pacientes pediátricos traqueostomizados es creciente. Este hecho condiciona también el incremento de su mortalidad a corto plazo. En nuestra serie las condiciones genéticas raras y la complejidad extrema parecen ser factores determinantes, siendo necesario estudios multicéntricos. El trabajo multidisciplinar e incluir de forma precoz equipos de cronicidad y cuidados paliativos ayuda en la toma de decisiones, el seguimiento y el acompañamiento al duelo en caso necesario.

MQ Soler Campins(1);I Torrús López(1);L Ponce Corredor(1);IM Villasuso Megino(1);M Alcazar Carriba(1);E Pellicer Arasa(1);S Ricart Campos(1);L Monfort Carretero(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE INGRESOS Y CAMBIO EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN CON NIRSEVIMAB EN CATALUÑA

### INTRODUCCIÓN

El virus respiratorio sincital (VRS) es una de las principales causas de hospitalización en la infancia. La introducción de nirsevimab para la prevención de la enfermedad por este virus ha supuesto un cambio de paradigma. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de esta medida en el número de hospitalizaciones por VRS y su evolución clínica.

### MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo; se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico microbiológico de VRS (PCR o antígeno positivos en aspirado nasofaríngeo) que ingresaron en 11 hospitales de la red COPEdicat durante las temporadas 2022-23 y 2023-24 (octubre-marzo). Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas: duración del ingreso, soporte respiratorio, diagnóstico e ingreso en UCI. Se realizó análisis estadístico con prueba U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher.

### RESULTADOS

Se incluyeron 636 pacientes hospitalizados, mayoritariamente con infección del tracto respiratorio inferior (97,6%). La mediana de edad fue de 4,5 meses en la temporada 2022-23 y 11 meses en 2023-24 ( $p<0.001$ ). La proporción de pacientes menores de 6 meses también fue inferior en 2023-24 (53,0% vs 31,5%,  $p<0.001$ ) (Figura 1). Destaca una reducción del 42,6% de ingresos en la temporada 2023-24 comparada con la anterior; la mayoría de los pacientes hospitalizados en 2023-24 no habían recibido nirsevimab (72,5%). Además, en 2023-24 la proporción de pacientes con bronquitis fue mayor (40,1% vs 27,2%,  $p<0.001$ ). El número de ingresos en la UCI pediátrica disminuyó a la mitad (60 vs 32), pero el porcentaje en relación al total de hospitalizados se mantuvo (14,9% vs 13,8%,  $p=0.58$ ). No se observaron diferencias significativas en la gravedad al ingreso o el soporte respiratorio.

### CONCLUSIONES

Tras la introducción de nirsevimab, la edad mediana y la proporción de bronquitis entre los pacientes hospitalizados con VRS ha aumentado. Además, se ha observado una disminución del 50% de hospitalizaciones relacionadas con VRS e ingresos en la UCI pediátrica. La mayoría de los niños hospitalizados con VRS no habían sido inmunizados con nirsevimab.



Anna Creus Costa(1);Marc Tobeña Rué(1);Zulema Lobato Salinas(2);Núria López Segura(3);Núria Visa Reñé(4);Iris González Gómez de Agüero(5);Romina Conti(6);Jorgina Vila Soler(1)

(1)Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus;(2)Hospital Fundació Althaia de Manresa;(3)Hospital del Mar;(4)Hospital Universitari Arnau de Vilanova;(5)Consorti Sanitari de Terrassa;(6)Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

## ¿ES NECESARIO AÑADIR POTASIO A LOS SUEROS BALANCEADOS UTILIZADOS COMO FLUIDOTERAPIA DE MANTENIMIENTO?

### OBJETIVOS:

Describir la incidencia de hipopotasemia con el uso de sueros balanceados (SB). Secundarios: analizar la indicación, el volumen y la presencia de otras alteraciones iónicas y de la función renal.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Periodo: octubre 2023-abril 2024. Población: niños entre 1 mes-13 años que recibieron fluidoterapia con Criterios de exclusión: deshidratación, oncológicos y crónicos complejos. Variables de estudio: variables clínicas y analíticas (al ingreso, 24 y 48 horas).

### RESULTADOS:

83 pacientes (53,2 % varones; edad media 4,1 (DE 3,9) años). La indicación de la fluidoterapia fue por disminución de ingesta en 96,4% de casos, dieta absoluta en 2,4% y ayuno pre-prueba en 1,2 %.

78 recibieron fluidoterapia al 100% de necesidades basales y 5 restringida al 75%. El cálculo de volumen se realizó según la regla de Holliday. En los 11 niños con IMC > p91 se administró una media de exceso de volumen de 26 (DE 11,5) % respecto al cálculo por superficie corporal. Al ingreso se suplementó con potasio a un paciente.

Las alteraciones iónicas se presentan en la tabla 1.

	Ingreso	24 horas	48 horas
k < 3,5 mmol/L	4 (4,7%)	4(8%)	3 (11,5%)
k > 5,5 mmol/L	5 (5,9%)	6 (12%)	1 (3,8%)
Na < 135 mmol/L	23 (24,7%)	7 (12,3%)	0
Na > 145 mmol/L	0	1 (1,8%)	0
Cl < 96 mmol/L	2 (3,2%)	0	0
Cl > 107 mmol/L	7 (11,1%)	5 (12,2%)	3 (15%)
Acidosis pH < 7,3	21 (31,3%)	4 (9,5%)	1 (4,3%)
HCO <sub>3</sub> < 22 mEq/L	31 (47%)	5 (11,9%)	2 (8,7%)

Cuatro pacientes presentaron hipopotasemia al ingreso (3 se corrigieron sin aportes extra de k) y 7 a las 24-48 horas (valor mínimo de 2,8 mmol/L). Al ingreso 2 pacientes tenían una leve alteración de la función renal corregida espontáneamente.

### CONCLUSIONES:

La incidencia de hipopotasemia con SB es baja y sin repercusión clínica.

La fluidoterapia se adecuó a los criterios definidos. Sin embargo, el cálculo del volumen no se ajustó a situaciones como el sobrepeso.

El uso de SB permitió la corrección de la mayoría de las alteraciones iónicas detectadas.

María Fernández Miaja(1);Pablo Martino Redondo(1);Carmen Ornia Fernández(1);M<sup>a</sup> Agustina Alonso Álvarez(1);Laura Calle Miguel(1);Corsino Rey Galán(1)

(1)Hospital Universitario Central de Asturias

---

## **EXPERIENCIA EN SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS POCO INVASIVOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA CON DEXMEDETOMIDINA INTRANASAL**

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los pacientes con patología crónica y complejidad padecen enfermedades significativas que suelen afectar múltiples sistemas del cuerpo, generando elevada fragilidad y por tanto un riesgo significativo de complicaciones asociadas a la sedoanalgesia (especialmente depresión respiratoria). La canalización venosa además puede resultar complicada en muchos casos. La dexmedetomidina es un fármaco que actúa como agonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa 2. Posee propiedades sedantes, ansiolíticas y analgésicas. No produce depresión respiratoria a diferencia de otros fármacos comúnmente utilizados en la práctica clínica (Ej: midazolam).

Se plantea como objetivo comprobar en una pequeña muestra de pacientes si la administración de dexmedetomidina intranasal puede suponer una alternativa para la realización de una sedación segura en pacientes con patología crónica y complejidad para procedimientos poco invasivos.

### **MÉTODOS:**

Administración del fármaco (periodo mayo 2023-mayo 2024) por medio de atomizador vía nasal, recogiendo variables durante el proceso: dosis administrada, tiempo de acción, procedimiento realizado, complicaciones asociadas (alergia, depresión respiratoria). La sedación fue monitorizada por medio de pulsioxímetro y capnógrafo.

### **RESULTADOS:**

Se ha llevado a cabo la sedación de cinco pacientes con una dosis total acumulada media de 2.8 mcg/kg. No se recogieron incidencias clínicas ni complicaciones a nivel respiratorio secundarias a la sedación. En uno de los casos, la dosis utilizada fue poco efectiva, teniendo que repetirla.

Los procedimientos para los cuales se hizo uso de esta sedación fueron: dos fondos de ojo, un cambio de traqueostomía, un cambio de gastrostomía y un ecocardiograma. La sedación fue efectiva para realizar el inicio del procedimiento en una media de 34 minutos.

### **CONCLUSIONES:**

Tras nuestra experiencia positiva, proponemos la utilización del fármaco dexmedetomidina como alternativa para una sedación fácil, rápida y segura vía intranasal, siendo ideal en pacientes con patología crónica compleja en los que podría evitar complicaciones derivadas del uso de fármacos que provoquen en estos pacientes depresión respiratoria y complicaciones asociadas a la misma. En cuanto a las limitaciones, se plantea el elevado coste del medicamento, la limitada evidencia en pediatría y su escaso efecto analgésico.

Belén Mas Jiménez(1);Jose Ángel Guardiola Olmos(1);Elena Plaza Sánchez(1);Beatriz Muñoz Fernández(1);Jose Carlos Morote Ruiz(1);Isabel Guimera Pérez(1);Marta Roldán Montero(1);María Fernández Romero(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## **TRASLADOS REALIZADOS DESDE UN HOSPITAL DE COMPLEJIDAD INTERMEDIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA: PROYECTO CONJUNTO DE OPTIMIZACIÓN**

### **INTRODUCCIÓN:**

En los hospitales de segundo nivel no se dispone de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. La adecuada estabilización inicial y la colaboración entre hospital emisor y UCIP receptora es fundamental para mejorar la atención de los pacientes.

### **OBJETIVOS:**

se estableció un grupo de trabajo con nuestra UCIP de referencia para evaluar la situación clínica del paciente antes y después del traslado e identificar puntos de mejora.

### **MÉTODOS:**

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los informes de alta de UCIP y cuidados intermedios. Reuniones trimestrales por videoconferencia entre personal responsable del hospital de segundo nivel y de la UCIP de referencia.

### **RESULTADOS:**

De marzo de 2023 a marzo de 2024, 35 pacientes fueron trasladados desde nuestro hospital a la UCIP de referencia (60% desde planta, 40% desde urgencias). El 31% de pacientes trasladados fueron menores de 3 meses y el 57% del total, menores de 2 años. El 40% fueron bronquiolitis y el 23% broncoespasmos graves que precisaban escalar asistencia respiratoria. En el 76% de casos de bronquiolitis y en el 50% de broncoespasmos se inició la ventilación no invasiva en hospital de origen y se mantuvo durante el transporte. Solo un paciente tuvo que ser intubado a su llegada a UCIP, en contexto de broncoaspiración de frutos secos. Dos pacientes adolescentes se trasladaron por intento autolítico. Del total, solo se trasladó 1 paciente con ventilación mecánica invasiva y 3 pacientes con inotrópicos por vía periférica, sin incidencias.

### **CONCLUSIONES:**

La mayoría de los pacientes trasladados presentaban patología respiratoria aguda llegando a la UCIP estables. Dado que todos los casos precisaron al menos ventilación no invasiva (VNI) en UCIP, de cara a poder iniciarla precozmente y previo al traslado, se realizaron talleres al personal del hospital emisor para optimizar su uso.

La colaboración entre unidades de diferentes niveles asistenciales tiene una repercusión positiva a nivel de continuidad asistencial tanto para el paciente como para los médicos involucrados.

El transporte pediátrico específico es un recurso esencial para el manejo del paciente crítico que debería formar parte de todos los servicios de emergencia nacionales.

Anna Canet Tarres(1);Gema Manrique Martín(2);Ana Muñoz Lozón(1);Cristina Muñoz López(1);Estefanía Barral Mena(1);Miriam Herrera Arias(1);Sara Suarez Cabezas(1);Begoña Pérez-Moneo Agapito(1)

(1)Hospital Universitario Infanta Leonor;(2)Hospital Universitario Gregorio Marañón

---

## NUEVA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: LOS PRIMEROS 100

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La hospitalización a domicilio pediátrica es una alternativa segura y eficaz a la hospitalización convencional, ofreciendo beneficios que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias, al tiempo que optimizan el uso de los recursos sanitarios y mejoran la efectividad del tratamiento. El objetivo del siguiente estudio es analizar los pacientes ingresados en los primeros 6 meses tras la instauración de un programa de hospitalización a domicilio materno-infantil (HADMI).

### MÉTODOS:

Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el programa HADMI durante sus primeros 6 meses de actividad (diciembre 2023 – junio 2024) en un hospital de tercer nivel. La unidad HADMI se instauró con una dotación de 2 enfermeras y 1 médico y una capacidad de 6 pacientes/día.

### RESULTADOS:

Durante este período se han ingresado un total de 119 pacientes, con una edad media de 75,8 meses, mujeres 39,5% y hombres 60,5%. Los servicios de los que proceden son: 42% pediatría interna hospitalaria, 33,6% oncología, 13,44% infectología, 2,5% neonatología, 2,5% UCIP, 2,5% nefrología, 1,68% cardiología infantil y 1,68% medicina nuclear. La estancia media en HADMI fue de 4,5 días (mediana 4 y RIC 4).

En cuanto a los motivos de ingreso predomina la patología respiratoria aguda con oxigenoterapia (bronquiolitis, broncoespasmo, neumonía) con 46 pacientes (38,6%) seguido de necesidad de medicación intravenosa 44 pacientes (36,97%), medicación intramuscular 2 pacientes (1,6%), perfusión de medicación subcutánea 7 (5,8%), vigilancia y continuidad de cuidados en 11 pacientes (9,2%); y pruebas diagnósticas 5 (4,2%). En este período, se han evitado 614 estancias hospitalarias.

Solo 1 paciente (0,84%) requirió reingreso en planta de hospitalización por persistencia de las necesidades de oxígeno, con posterior diagnóstico de enfermedad pulmonar crónica. Ningún paciente requirió ingreso en los siguientes 30 días del alta de HADMI. Un paciente desarrolló flebitis y un paciente presentó extravasación.

### CONCLUSIONES:

Este estudio preliminar de los primeros 100 pacientes ingresados muestra como una hospitalización a domicilio consigue evitar estancias hospitalarias con escasos reingresos y extravasaciones. La principal fuente de ingresos fue la pediatría interna si bien se observó un aumento de las demás especialidades pediátricas.

Ana María Angulo Chacón(1); Jimena Pérez Moreno(1); Alicia Fernández González(1); Teresa Eizaguirre Palacios(1); Nuria Pedruelo Reyes(1); Blanca Toledo del Castillo(1); María Isabel González Sánchez(1); Rosa Rodríguez Fernández(1)

(1)Hospital Universitario Gregorio Marañón

---

## PROCEDIMIENTOS EN CUIDADOS INTERMEDIOS: UNA NUEVA FORMA DE ASISTENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La apertura de una unidad de cuidados intermedios en un hospital de segundo nivel ha permitido realizar procedimientos bajo sedoanalgesia de manera programada o urgente, y pruebas de provocación en pacientes con riesgo de anafilaxia.

#### MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de los pacientes que ingresaron en el box de técnicas desde el 1-3-2019 al 1-6-2024. Se desarrollaron protocolos específicos de procedimientos como inducción a la tolerancia oral (ITO) y anafilaxia, tratamiento de complicaciones de catéteres venosos centrales, test de adenosina y sedoanalgesia para procedimientos. El protocolo de sedación incluyó sistemas de validación de preparación, registro de monitorización, estrategias farmacológicas, recomendaciones al alta y a los pacientes se les realizó una entrevista telefónica, solicitando estudios analíticos si el procedimiento lo requería. Se analizó el servicio solicitante, tipo de procedimiento, registro de eventos adversos, edad y sexo de los pacientes.

#### RESULTADOS:

Se han realizado 393 procedimientos en 238 pacientes: 227 hombres y 166 mujeres. La edad media fue de 7,73 años (1mes-16 años).

Las especialidades solicitantes fueron: Digestivo 164/393 (41,7%), Neumoalergia 98/393 (24,9%), planta de Hospitalización 36/393 (9,15%), Nefrología 22/393 (5,5%), Neurofisiología 22/393 (5,5%) y Cirugía infantil 17/393 (4,3%).

Los procedimientos más frecuentes se adjuntan en la tabla 1.

Se registraron 264 procedimientos de sedoanalgesia (67%) con eventos adversos en 5 pacientes (1,89%): 4 obstrucción de vía aérea y 1 laringoespasma.

#### CONCLUSIONES:

Se ha proporcionado una asistencia de calidad permitiendo realizar procedimientos dolorosos bajo sedoanalgesia. La realización de estos procedimientos por pediatras ha permitido anticipar tratamientos, y disminuir estancia hospitalaria al no depender de disponibilidad de quirófano. La protocolización de procedimientos ha permitido su realización con seguridad y la implantación de nuevos servicios como la inducción a la tolerancia oral.

Andrea Moreno Herrera(1);María Cinta Téllez González(1);Samuel Esquivia Soto(1);Irene Saura Pérez(1);Sara Guzmán Quirós(1);Daniel Doval Calvo(1);Lucía García Lorca(1);María Cánovas García(1)

(1)Hospital Universitario Santa Lucía

---

### EXPERIENCIA DE LAS VIAS PERIFÉRICAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA.

#### ANTECEDENTES:

La hospitalización a domicilio (HaD) se ha convertido en una alternativa a la hospitalización tradicional, proporcionando cuidados hospitalarios en el entorno familiar del paciente. La valoración del acceso vascular más adecuada para cada paciente no siempre es fácil en el contexto pediátrico. Los catéteres venosos periféricos (CVP) se utilizan habitualmente para tratamientos de corta duración, pero en ocasiones se tiene que prolongar su uso. Para analizar la experiencia con las vías periféricas, se realiza una recogida de datos sobre su manejo y la efectividad de dichos catéteres en una unidad de HaD.

#### MÉTODOS:

Se incluyeron 118 pacientes portadores de catéteres venosos en una unidad de HaD entre noviembre de 2023 y junio de 2024. Se recopilaron datos sobre la duración de los CVP, la estimación del tratamiento desde el ingreso,

recanalización, complicaciones, manejo por los padres y comparativa con otros dispositivos como Midline, Port-a-Cath y PICC.

#### RESULTADOS:

De los pacientes incluidos en el estudio, la mayoría utilizó CVP (n=75, 63.5%). En un 17.3% de los casos se requirió recanalización, sin que se detectara ninguna extravasación importante ni complicación local. Una de las ventajas observadas fue la facilidad de manejo por parte de los padres, resultando en mayor autonomía y confianza en el cuidado de sus hijos. Otros pacientes utilizaron dispositivos como Midline, Port-a-Cath y PICC. Estos también mostraron buenos resultados, sin presentar complicaciones y con alta aceptación por parte de los pacientes y sus familias.

#### CONCLUSIONES:

El uso del CVP ha demostrado ser una opción cómoda y efectiva para la hospitalización a domicilio pediátrica. La correcta capacitación de los cuidadores en el manejo de las vías y sus cuidados básicos es un factor determinante en la aceptación de este método. A pesar de que en ocasiones se requiere recanalización, los beneficios superan las limitaciones. Los buenos resultados obtenidos apoyan la continuidad de su uso y su consideración como primera opción en la atención pediátrica a domicilio, tanto para tratamientos de corta duración como tratamientos de media/larga duración. Además, dispositivos como Midline, Port-a-Cath y PICC siguen siendo esenciales para tratamientos prolongados, proporcionando igualmente buenos resultados en el ámbito domiciliario.

R. Rojas Pérez(1);I. Ortiz Martínez(1);A. Martínez Linde(1);L. Martínez Mitjana(2);A. Carsi Durall(2);M. Vilches Cañizares(1)

(1)Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica. Área de conocimiento de atención al paciente de especialidades pediátricas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.;(2)Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

---

## INFECCIONES RESPIRATORIAS Y SU FILIACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LACTANTES

#### INTRODUCCIÓN:

Las infecciones respiratorias son la primera causa de ingreso en pediatría, y en el último año la inclusión de la inmunoprofilaxis frente al VRS en el calendario vacunal de la región de Murcia parece haber influido en la epidemiología de este virus.

El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con infecciones respiratorias de vías bajas, menores de 1 año, que han ingresado en nuestro hospital, y su filiación microbiológica, así como estudiar si ésta está influida por la inmunoprofilaxis contra el VRS.

#### METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyen los pacientes <1 año con infecciones respiratorias ingresados en planta de pediatría de un hospital de segundo nivel desde el 1/4/2023 al 30/4/2024.

#### RESULTADOS:

Se incluyen un total de 81 pacientes de los cuales el 68% habían recibido inmunoprofilaxis frente al VRS. El 70,4% de los casos fueron diagnosticados de bronquiolitis, el 25,9% de episodios de sibilantes postbronquiolitis, el 2,5% apnea y el 1,2% tosferina. El 33,3% fueron producidos por VRS, el 28,3% por rinovirus, el 20,9% por metapneumovirus, el 11,1% por parainfluenza, el 4,9% por COVID-19 y el 22,2% presentaron coinfecciones.

Al establecer dos grupos de pacientes según la inmunización frente al VRS podemos ver que en el grupo de no vacunados, el 69,2% tuvieron infección por este germen, mientras que en el grupo de vacunados solo el 25%, presentando este dato una diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, en los pacientes ingresados con VRS no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la gravedad al diagnóstico, a la necesidad de mayor soporte respiratorio, ni a la duración de la estancia hospitalaria.

#### CONCLUSIONES:

Podemos concluir que la inmunoprofilaxis frente a VRS ha modificado la epidemiología del virus, siendo responsable del 33,3% de los ingresos, siendo este porcentaje menor que en años anteriores. A su vez, dentro de los pacientes vacunados vemos que el porcentaje cae al 25%, siendo en este grupo el virus emergente más detectado el rinovirus, en un 33,3%. Sin embargo, también podemos concluir que, la inmunoprofilaxis no ha influido en la gravedad del cuadro en nuestra muestra.

Andrea Moreno Herrera(1);Samuel Esquiva Soto(1);Cinta Téllez González(1);María Concepción Rex Nicolás(1);Juan José Benavente García(1);Jorge Martínez Jordán(1);Tamara Esparza Pérez(1);María José Hernández Vera(1)

(1)Hospital universitario Santa Lucía

---

## DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA CON COMPLEJIDAD

### INTRODUCCIÓN

Los avances médicos de los últimos años han permitido un aumento en la supervivencia de los pacientes con enfermedad crónica con complejidad. Se estima que estos pacientes representan entre el 10-37% de los ingresos y el 25-54% de los días de hospitalización. El manejo deficiente de su información clínica conlleva un gran número de eventos adversos, y este riesgo se incrementa notablemente durante la transferencia de cuidados en el ámbito hospitalario.

### OBJETIVO

Diseñar una herramienta de trabajo obtenida por técnica de consenso interdisciplinar que permita la transferencia adecuada de pacientes crónicos complejos en ámbito hospitalario, para realizar una adecuada planificación y garantizar la seguridad del paciente durante los procesos de traspaso de cuidados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una hoja modelo con lista de verificación que incluye distintos elementos esenciales para procesos agudos, crónicos y descompensaciones. Para ello se emplea el método Delphi modificado, basado en la participación de los diferentes profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes, a través de opiniones en comunicación anónima y con retroalimentación

### RESULTADOS

Se consensó un modelo de plan de atención en formato documento de una única hoja con los apartados e ítems considerados esenciales para el traspaso del paciente entre ámbitos (ver Figura 1). Tras su validación, se programó la inclusión de una versión definitiva en historia electrónica del paciente.

### CONCLUSIÓN



A través de la validación de este instrumento se espera facilitar el conocimiento global del paciente y fomentar un sistema que permita disminuir errores asistenciales y generar un ambiente de seguridad que permita mejorar la calidad asistencial en nuestra planta de hospitalización.

Patricia Martínez-Pi(1);Nuria Martínez Pastor(2);Sara Latorre Gómez(2);Ángel Mazarro López de los Mozos(2);Ángel Buitrago Pozo(2);Rosa Pérez-Cuartero(1);Alejandra García-Montoya(2);Pedro J Alcalá-Minagorre(1)

(1)Hospital General Universitario Doctor Balmis;(2)Hospital General Universitario de Alicante

---

## EFFECTOS DE LA DIETA CETOGÉNICA EN NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA SEGUIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El desarrollo de convulsiones suele ser frecuente en la evolución clínica de pacientes con enfermedades neurológicas. Aunque los fármacos antiepilépticos (FAES) suelen ser muy efectivos, hasta un 20% de los casos pueden desarrollar epilepsia refractaria (ER). La terapia dietética cetogénica (TDC) es una alternativa terapéutica por su efecto neuroprotector, aunque no está exenta de efectos adversos (EA). Este trabajo tiene como objetivos evaluar la efectividad y EA de la TDC en niños con ER seguidos en una unidad de pacientes con patología crónica y complejidad y necesidades paliativas.

### MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de niños tratados en la unidad con TDC durante >1 año como coadyuvante en ER durante 12 años (06/2012 a 06/2024). De los 10 niños tratados, se excluyó 1 por fallecimiento y otro por ineficacia. En los 8 pacientes restantes se tomaron como parámetros de estudio: efectividad (reducción convulsiones y disminución FAES) y aparición de EA (agudos y a medio/largo plazo).

### RESULTADOS:

La TDC fue eficaz en todos los niños, logrando reducir en todos el número de convulsiones >50%, aunque solo en 1 caso se pudo disminuir FAES. Los EA a corto plazo más frecuentes fueron: digestivos (63%), hipercetonemia (38%) e hipoglucemia (13%). En EA tardíos destaca hiperlipemia en un paciente sin precisar hipolipemiantes, hipercalcemia en tres con nefrocalcinosis leve en dos resueltas con citrato potásico y dos niños sufrieron como EA grave aparición de fracturas patológicas (*tabla*).

### CONCLUSIONES:

En el estudio la TDC se muestra eficaz frente a ER en este tipo de pacientes. Los EA son frecuentes pero en la mayoría de casos leves, fáciles de prevenir y tratar mediante modificaciones dietéticas y fármacos. Destaca como EA grave la disminución de la masa ósea con aparición de fracturas patológicas a pesar de una adecuada suplementación. La elaboración de protocolos consensuados, seguimiento estrecho y un tratamiento multidisciplinar podría disminuir estos EA. Las limitaciones del estudio (escaso número de pacientes, con distintas enfermedades de base y falta de uniformidad de protocolos de seguimiento y tratamiento) hacen difícil determinar si las TDC son las únicas responsables de los EA.

Maria Teresa Montero Cebrian(1);José Angel Guardiola Olmos(1);Eva Maria Canelo Torres(1);Irene Aragón Lacárcel(1);Silvia García Martínez(1);Angeles Fernández Cadenas(1);Maria Pérez Cebrián(1);Beatriz Maria Ferrin Lopez(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SIMULACIÓN EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA Y EVALUACIÓN TRAS EL DEBRIEFING

### INTRODUCCIÓN.

La simulación clínica ayuda a aprender conocimientos teóricos, prácticos, aprendizajes individuales y de trabajo en equipo. Sirve para el entrenamiento en situaciones críticas, en las que el factor humano tiene un papel fundamental. En un hospital pediátrico de tercer nivel se realiza un programa de simulación clínica multidisciplinar dirigido a equipos asistenciales naturales (pediatras, enfermeras y TCAE) que trabajan en hospitalización. Se realiza un caso clínico enfocado por patología según las situaciones críticas de las diferentes unidades de trabajo y en entorno similar (habitación de planta de hospitalización). Se realiza un debriefing posterior en el que se repasan aspectos clínicos y de trabajo en equipo según los principios del Crisis Resource Management (CRM) como claridad de papeles, comunicación, gestión de la ayuda/recursos y evaluación global. Hay poca literatura sobre simulación clínica en planta de hospitalización pediátrica.

El objetivo de este estudio es describir el programa de simulación en planta hospitalización, evaluar la satisfacción de los participantes y detectar necesidades formativas específicas según los principios del CRM.

### MÉTODOS.

Se realiza un estudio descriptivo incluyendo las simulaciones realizadas en planta de hospitalización de abril a junio de 2024. Tras la simulación se solicita a los participantes que rellenen una encuesta que evalúa su opinión sobre su implicación personal y grupal a la simulación siguiendo los principios del CRM, así como su grado de satisfacción con la simulación. Se analizan los resultados por grupos profesionales. Se describen las variables cualitativas en número y porcentaje respecto al total de encuestados; y las cuantitativas en media y desviación estándar.

### RESULTADOS.

65 profesionales (6 TCAE, 22 enfermeras, 4 EIR, 11 pediatras y 22 MIR) realizan 10 sesiones de simulación. La tasa de respuesta de la encuesta es del 86,15%. En la tabla 1 se muestran algunos resultados de la encuesta.

### CONCLUSIONES.

La simulación en planta de hospitalización se considera una experiencia buena y necesaria. Los casos clínicos y el entorno seleccionados son adecuados, el debriefing posterior también es bien valorado. Dentro de las necesidades formativas a mejorar observamos la comunicación entre los participantes y con las familias.

Isabel Sanjurjo Jiménez(1);Saray Álvarez Román(1);Alba Pablo Puchal(1);Librada Rozas Quesada(1);Laura Monfort Carretero(1);Silvia Ricart Campos(1);Aina Martínez Planas(1);Juan José García García(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIÓN POR GRIPE CON REQUERIMIENTO HOSPITALARIO Y SUS CAMBIOS TRAS EL INICIO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

### INTRODUCCIÓN:

La COVID-19, junto a las medidas de prevención no farmacológicas, ha modificado la epidemiología de muchas infecciones respiratorias, incluida la gripe. Aun así, faltan estudios pediátricos que evalúen la influencia de SARS-CoV2 en la presentación de la gripe. ??

### OBJETIVO:

Analizar las características clínicoepidemiológicas de los pacientes pediátricos ingresados por gripe, comparando el periodo Pre-Sars-Cov-2 (2018-2020) y Post-Sars-Cov-2 (2021-2023).?

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron a los pacientes menores de 18 años ingresados por gripe entre 2018 y 2023 en planta de Pediatría de un hospital de tercer nivel.?

#### RESULTADOS:

Se incluyeron 510 pacientes (276 Pre-Sars-Cov2 y 234 Post-Sars-cov2), de 2,55 años de edad mediana (RIC:1,17-5,06) y 304 (59,6%) de sexo masculino. 129 (25,3%) tenían alguna enfermedad de base (32,6% neurológicas). La mayoría ingresaron por broncoespasmo (196;38,4%) y neumonía (78;15,3%). En 52 (10,2%) se demostró una coinfección vírica (principalmente VRS y rino/enterovirus). 217 (42,5%) requirieron oxigenoterapia convencional y 76 (14,9%), oxigenoterapia de alto-flujo. 47 (9,2%) precisaron ingreso en UCI.

Se observó que la proporción de pacientes mayores de 5 años fue mayor en el periodo post-pandémico (30,3% vs 21,4%;  $p=0,021$ ), con un mayor porcentaje de pacientes con infección por serotipo A (82,1% vs 74,3%;  $p=0,04$ ). ?En dicho periodo, un mayor porcentaje de pacientes presentaron leucocitosis y neutrofilia. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la proporción de neumonías ni de sobreinfecciones bacterianas. Las complicaciones por gripe (ingreso en UCI-P, sepsis, exitus) fueron similares en ambos periodos (Tabla 1).?

#### CONCLUSIÓN:

La edad de los pacientes ingresados tras la pandemia fue mayor, asociando mayor porcentaje de leucocitosis y neutrofilia. Dicho aumento no se explica por una mayor tasa de neumonías ni de sobreinfecciones, de modo que estos hallazgos podrían traducir una mayor respuesta inflamatoria a la infección. Por último, el porcentaje más elevado de gripe producida por serotipo A en el período postpandémico no se corresponde con el encontrado a nivel poblacional en los sistemas de vigilancia epidemiológica, ¿lo que sugiere una posible mayor virulencia del serotipo A.?

C Andrés Fradera(1);P García Espinosa(1);A Soler García(1);M Pons Espinal(1);C González Grado(1);M Fernández de Sevilla Estrach(1);JJ García García(1)

(1)Hopsital Sant Joan de Déu

---

## EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD CLÍNICA DE UN MODELO DE LENGUAJE BASADO EN GPT-4 MEDIANTE UN ANÁLISIS DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los Large language models como GPT-4 son capaces de sintetizar y desarrollar conocimientos utilizando grandes cantidades de datos. No obstante, el rendimiento de estos modelos no ha sido estudiado en escenarios clínicos reales. DxGPT es una plataforma digital basada en GPT-4 en la que el médico ingresa una breve descripción clínica del paciente y sugiere una lista de diagnósticos. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de DxGPT como herramienta de apoyo al diagnóstico diferencial de enfermedades comunes y raras.

### MÉTODOS

Estudio transversal unicéntrico desarrollado en un hospital de tercer nivel. Se extrajeron datos de forma anonimizada de la historia clínica de 50 pacientes con un diagnóstico confirmado de diferentes especialidades médicas y un conjunto mínimo de datos necesarios. En algunos de ellos se agregaron datos adicionales (exploraciones complementarias), realizando una versión ampliada del caso. Los casos clínicos se introdujeron en la plataforma web DxGPT y se obtuvieron las 5 propuestas diagnósticas priorizadas por la herramienta. Por otro lado, un equipo médico voluntario con diferentes niveles de experiencia proporcionó una lista de cinco diagnósticos para la misma información clínica. La variable principal del estudio fue el cálculo de la precisión diagnóstica medida por la concordancia entre los diagnósticos proporcionados por ambos grupos. Además, el equipo médico completó una encuesta sobre la experiencia con DxGPT.

## RESULTADOS

78 médicos voluntarios participaron en el diagnóstico de los 50 casos clínicos, obteniendo 328 respuestas. La precisión diagnóstica fue de 65% en médicos y 60% en DxGPT, sin diferencias significativas. Se observó una mayor precisión diagnóstica en las enfermedades comunes (médicos:79%, DxGPT:71%) comparado con las raras (médicos:50%, DxGPT:49%). Aunque en el grupo de médicos la precisión ante enfermedades comunes fue mayor respecto a DxGPT, esta diferencia no fue significativa. La precisión diagnóstica aumentó tras proporcionar la información ampliada; no obstante, solamente en el grupo de médicos esta diferencia fue significativa (información simple 52,75% vs ampliada 69,23%;  $p=0.03$ ).

## CONCLUSIONES

DxGPT muestra un potencial prometedor como herramienta de soporte para el diagnóstico diferencial. Los médicos brindan comentarios positivos sobre el uso, la simplicidad y la experiencia general con DxGPT.

Carla González Grado(1);Cristian Launes Montana(1);Ivan Cano Camara(1);Andrea Aldemira Liz(1);Rosa Maria Pino Ramirez(1);Paula Esteller Cucala(1);Marina Alvarez Estape(1);Francesc Garcia Cuyas(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## EXPERIENCIA EN EL USO DEL BUBBLE-CPAP EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

En la temporada 2019/2020 se implementó el CPAP de burbuja (b-CPAP) en la planta de hospitalización de nuestro centro. Su uso en pacientes con bronquiolitis moderada-grave ha demostrado ser seguro y eficaz y reducir la necesidad de UCIP. Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del uso de b-CPAP en pacientes con bronquiolitis moderada-graves durante cuatro temporadas de bronquiolitis.

### MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo unicéntrico realizado durante cuatro temporadas epidémicas (T1:2019-20; T2:2021-22; T3:2022-23; T4:2023-2024). Se incluyeron a lactantes de hasta 3 meses con bronquiolitis moderada-grave ingresados en planta con soporte b-CPAP. Se consideró como no-respuesta (NR) a la necesidad de ingreso en UCI-P.

### RESULTADOS:

Se incluyeron a 446 pacientes (mediana de edad: 39 días (RIC:25-55)), de los que 189(42,4%) requirieron b-CPAP y siendo la mayoría (400;89,4%) previamente sanos. En T4 hubo más pacientes con comorbilidades ( $p=0,017$ ). 158/189 (83,6%) fueron VRS positivo, observando una menor proporción en T4 (57,7%). Las indicaciones de b-CPAP fueron fracaso de OAF (174/189;92.1%) y apneas leves (15/189; 7,9%).La edad, el peso y el score de gravedad (BROSJOD) al inicio y a los 60 minutos del inicio de b-CPAP fueron similares entre las 4 temporadas. La mediana de tiempo con b-CPAP fue de 57 horas (RIC: 12-95). No se observaron diferencias entre temporadas en la necesidad de ingreso en UCIP ni en la estancia hospitalaria, pero se observó mayor tasa de intubación en la última temporada ( $p=0,027$ ). 107/189(56,6%) pacientes permanecieron en la planta (grupo respondedor-R).Previo al inicio de CPAP se hallaron en el grupo-NR valores más elevados de FC, FR y escala BROSJOD ( $p<0,01$ ). En el grupo-NR la mediana de horas de CPAP previo al ingreso en UCIP fue de 9 horas (RIC:4-17). No se reportaron eventos adversos.

### CONCLUSIONES:

La implementación del b-CPAP como soporte respiratorio de rescate tras fracaso de OAF en pacientes con bronquiolitis moderada-grave fue segura y efectiva durante 4 temporadas, comportando una reducción de los ingresos en UCIP.

Marta Agüera(1);Aleix Soler(1);Maria Melé(1);Judit Alsina(1);Laura Monfort(1);Mariona Fernandez de Sevilla(1);Juan José García(1);Cristian Launes(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues

## DECANULACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO TRAQUEOSTOMIZADO. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La realización de traqueostomía en pediatría ha aumentado en los últimos años, pero es menos frecuente que en la población adulta. Además, los pacientes pediátricos suelen requerir períodos más largos hasta la decanulación programada y tanto el momento óptimo como los criterios para llevarla a cabo no están bien establecidos. El objetivo de nuestro estudio fue describir la frecuencia, características y evolución de los pacientes pediátricos decanulados.

### MÉTODOS:

Estudio descriptivo de pacientes traqueostomizados en seguimiento en la Unidad de Patología Crónica y Compleja de un hospital terciario, entre 2019 y 2023.

### RESULTADOS:

Incluimos 39 pacientes con traqueostomía. Se logró la decanulación programada en 12 (30,8%) de ellos. La indicación de traqueostomía más frecuente en este grupo fue la necesidad de ventilación mecánica prolongada (58,3%). La mediana de edad de realización de la traqueostomía fue 4,5 meses (RI 1,25 - 12,75).

Fue más frecuente la utilización de válvula fonatoria (91,7%) que del tapón de traqueostomía (41,7%) previo a la decanulación.

En todos los pacientes se realizó laringoscopia previa a la decanulación. Otras pruebas realizadas fueron: EMG laríngea (2), pulsicapnografía (2), polisomnografía (2), poligrafía (1), traqueoscopia (1) y ecografía diafragmática (1).

La mayoría necesitaron un único intento de decanulación; 3 pacientes requirieron 2 intentos y un paciente, 3. La mediana de edad de decanulación fue 2,9 años (RI 1,8 - 4), con una mediana de permanencia de la cánula de 2,2 años (RI 0,8 - 2,8).

Siete pacientes presentaron complicaciones (58,3%), entre las que destaca la necesidad de reintervención para cierre de traqueostoma (41,7%). Un paciente desarrolló una fístula traqueocutánea, dos presentaron infección y un paciente fue diagnosticado de neumotórax y enfisema subcutáneo.

En el seguimiento, 3 pacientes precisaron iniciar ventilación no invasiva y 3, oxigenoterapia.

### CONCLUSIONES:

La incidencia de decanulación fue del 30,8%, con una mediana de permanencia de la cánula de 2,2 años. Cuatro pacientes requirieron más de un intento de decanulación. Las pruebas previas fueron variables, pero siempre se realizó laringoscopia. La mitad de los pacientes necesitaron soporte respiratorio tras la decanulación. La complicación más frecuente fue la persistencia del estoma.

Alejandra Coccolo Góngora(1);Aroa Rodríguez Alonso(1);Marta Pintó Rubio(1);Luis Escosa García(1);Cristina de Manuel Gómez(1);Paula Aragón Ramos(1);Carlos de la Torre Ramos(1);Virginia Santana Rojo(1)

(1)Hospital Universitario La Paz

---

## EXPERIENCIA EN 5 AÑOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO AGUDO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La hospitalización a domicilio (HAD) proporciona cuidados, habitualmente de ámbito hospitalario, en domicilio, con una atención centrada en paciente y familia. Permite además una optimización de los recursos sanitarios. Garantizando una correcta selección y capacitación del paciente/familia, la HAD es una alternativa segura y eficaz a la hospitalización convencional. Sin embargo, en nuestro medio existen pocas unidades de HAD pediátrica para paciente agudo.

Nuestro centro inicia en 2019 un programa de HAD para paciente pediátrico agudo, con un equipo de médicos y enfermeras que realiza visitas diarias presenciales y/o telemáticas, con atención continuada 24 horas (telefónica o presencial a través de Urgencias). Los pacientes deben cumplir requisitos de estabilidad clínica, domicilio próximo al hospital, ausencia de barrera idiomática y una correcta capacitación para el autocuidado, proporcionada por enfermería de la unidad.

El objetivo del estudio es describir tipología de ingresos, cuidados proporcionados y la atención continuada de la unidad.

### MÉTODOS:

Estudio unicéntrico descriptivo retrospectivo, con análisis de la base de datos de la unidad.

### RESULTADOS:

Desde Noviembre-2019 a Junio-2024 se incluyen un total de 2707 pacientes (11217 estancias hospitalarias), con estancia media de 4 días y edad media 4.8 años. 80% de los pacientes provienen de Hospitalización, 11% de Urgencias y 9% de Consultas externas/Hospital de día. Las principales especialidades de derivación fueron Pediatría (78%) y Onco-Hematología (15%). Las principales patologías fueron las infecciones respiratorias (50%), orina (8%), área ORL (7.7%). Los cuidados más frecuentes: broncodilatadores/oxigenoterapia (45%), antibioterapia parenteral (32%), observación (11%), inmunoterapia (3%). La tasa de autoadministración endovenosa fue del 56% y no se registraron incidentes graves de seguridad. La tasa total de reingreso fue del 5%.

En la atención continuada, analizada los últimos 18 meses, de 975 pacientes se recibieron 59 llamadas y 38 visitas a Urgencias fuera de horario laboral: 55% control clínico y 40% por problemas de acceso venoso/dispositivos.

### CONCLUSIONES:

La HAD pediátrica es una alternativa segura a la hospitalización convencional para patología aguda variada, con poca carga asistencial fuera del horario laboral. La procedencia mayoritaria fue la hospitalización pediátrica y la principal patología la respiratoria. La autoadministración es segura tras una correcta capacitación.

A Aldemira Liz(1);C Villalon Matute(1);S Lopez Mateo(1);E Esquerdo Barragan(1);A Achotegui del Arco(1);L Andrés Zallo(1);M Fabregat Farran(1);A Batlle Boada(1)

(1)HSJD Barcelona

---

## SIMULACIÓN IN SITU PARA EL TESTEO DE SISTEMAS Y DETECCIÓN DE AMENAZAS LATENTES DE SEGURIDAD

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La implementación de simulaciones *in situ* ha emergido como una estrategia efectiva para identificar y prevenir amenazas latentes de seguridad (ALS). El análisis modal de fallos promueve la seguridad a través de la identificación proactiva de riesgos, tanto potenciales como reales, y sus efectos, englobado en un modelo de gestión enfocado en el sistema.

El objetivo general de este estudio es la detección de amenazas para la seguridad en la asistencia y manejo del paciente crítico en las nuevas instalaciones de Urgencias de Pediatría de nuestro centro.

#### MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio observacional y prospectivo en Urgencias Pediátricas, previo a su inauguración, donde se realizaron 6 escenarios de simulación clínica con la participación de un equipo multidisciplinar e interprofesional. Se evaluaron los diferentes escenarios mediante una lista de verificación sobre el traslado seguro de pacientes críticos confeccionado *ad hoc*. Posteriormente, se aplicó un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) mediante una herramienta de puntuación que clasifica por gravedad las amenazas detectadas a través de un número de prioridad de riesgo (NPR) (Tabla 1).

#### RESULTADOS:

Se elaboró un informe detallado con los fallos identificados, sus efectos potenciales y las medidas propuestas para la reducción de la causa de estos. Se detectaron un total de 33 ALS, de las cuales 18 (54,5%) se han considerado como graves (NPR > 32 puntos): 7 (21,2%) son de muy alto riesgo y 11 (33,3%) de alto riesgo. Por categorías, los problemas de instalación y/o recursos fueron los más frecuentes (23/69,7%) mientras que los de rendimiento clínico (5/15,1%) supusieron el 57% de las situaciones de muy alto riesgo.

#### CONCLUSIONES:

La identificación y análisis de amenazas latentes de seguridad a través de la simulación clínica *in situ* es una herramienta válida y efectiva para mejorar la seguridad del paciente, pudiendo aplicarse para el testeo de nuevas áreas de trabajo. Es crucial implementar medidas de mejora de los fallos detectados y establecer protocolos adaptados. Este estudio destaca la importancia de la formación continua y la colaboración interdisciplinaria para garantizar la calidad y seguridad de la atención en entornos de urgencias pediátricas.

Marina Jiménez Monedero(1);Beatriz Castillo Gómez(1);Jose A. Navarro-Martínez(2);Ivana Melina Yedro(2);Laura Medina Ramos(1);Germán Lloret Ferrándiz(1);María Begoña Orbezua Ruiz de la Alegría(1);Pedro J. Alcalá Minagorre(1)

(1)Hospital General Universitario de Alicante Doctor Balmis;(2)Laboratorio de Simulación Clínica de ISABIAL-Departamento Alicante

---

#### SIMULACIONES EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.

##### OBJETIVOS:

Describir la experiencia con un programa formativo de simulación en planta de pediatría en un hospital de tercer nivel y evaluar la satisfacción del personal con dicho programa.

##### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de las respuestas a una encuesta de satisfacción online, realizada al personal implicado en un programa de simulación: técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeras y residentes de pediatría. Las simulaciones se realizaron 2 veces al mes desde octubre de 2020 hasta junio de 2024. Desde enero de 2024, se añadieron 2 simulaciones más cada mes, no programadas, como refuerzo del programa ante la detección de errores a corregir. Todas incluyeron, al finalizar, un ejercicio de reflexión y comentarios.



Las preguntas de la encuesta incluyeron variables de 4 tipos: epidemiológicas, entorno, contenido y capacitación docente.

#### RESULTADOS:

Se realizaron 64 simulaciones (51 programadas, 13 no programadas). Los casos clínicos planteados fueron: 13 convulsiones, 9 anafilaxias, 9 agudizaciones asmáticas, 4 paradas respiratorias (bronquiolitis), 6 obstrucciones de vía aérea (cuerpo extraño), 7 hipertensión intracraneal, 2 hipoglucemias (diabéticos), 3 intoxicaciones, 8 paradas cardiorrespiratorias (ritmo desfibrilable) y 3 errores de medicación.

Se enviaron 118 encuestas. La ratio de cumplimentación fue 26,3%. 54,8% de los respondedores fueron residentes, 35,5% enfermeras y 9,7% TCAEs. El 50% tenía entre 20 y 30 años. El 13% de los profesionales habían experimentado una urgencia en planta el mes previo.

Más del 90% de encuestados señalaron que la simulación es un método útil de aprendizaje, favorece la toma de decisiones e integración teórico-práctica de conocimientos, mejora las habilidades técnicas y la comunicación. Más del 80% consideraron que aumenta la seguridad y estimula el estudio, mostrando un alto grado de satisfacción global. El horario fue inadecuado para un 33%.

Los errores más frecuentemente detectados durante las simulaciones fueron: indisponibilidad de material, posicionamiento inadecuado del paciente, dudas sobre la administración de oxígeno o la dosificación de fármacos y transmisión inadecuada de información.

#### CONCLUSIONES:

El grado de satisfacción con el programa fue alto, destacándose como método formativo y de trabajo en equipo. Las mayores discrepancias se relacionan con el horario y frecuencia de las sesiones.

Pablo Martino Redondo(1);María Fernández Miaja(1);Reyes Fernández Montes(1);M<sup>a</sup> Agustina Alonso Álvarez(1);Laura Valle Lence(1);Sara Álvarez Blanco(1);Lorena Alonso González(1);Estíbaliz Garrido García(1)

(1)Hospital Universitario Central de Asturias

---

## ACERQUEMOS EL MUNDO DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE AL HOSPITAL INFANTIL

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los niños y las niñas hospitalizadas a menudo experimentan estrés, aburrimiento y falta de diversión durante su estancia en el hospital, lo cual afecta negativamente su recuperación y bienestar emocional. Esta situación se agrava por la percepción errónea de que el hospital no es un lugar para divertirse, a pesar de que el juego es un derecho fundamental según el artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

El proyecto tiene como objetivo agrupar y proporcionar oportunidades de ocio y tiempo libre de calidad para mejorar la experiencia hospitalaria de los niños y las niñas, utilizando el juego como una herramienta terapéutica esencial en su tratamiento.

### MÉTODOS

Se implementarán actividades de ocio variadas y accesibles para los niños y niñas en observación o hospitalizadas en un Hospital Infantil de tercer nivel, utilizando recursos materiales, tecnológicos y humanos adecuados a sus necesidades. Mediante una aplicación móvil, las familias podrán acceder a servicios de préstamo de libros y juegos de mesa, y a actividades programadas como talleres y sesiones de cuentacuentos, así como solicitar voluntarios que los acompañen. Se proporcionarán materiales para dibujar y pintar, y recursos web para entretenimiento sin hacer uso

excesivo de dispositivos electrónicos, considerando las necesidades especiales de cada paciente. Se realizarán encuestas y observaciones clínicas para medir el impacto de las actividades en el estrés, aburrimiento y bienestar emocional de los niños y niñas.

## RESULTADOS

Los resultados esperados incluyen una reducción significativa en los niveles de estrés y aburrimiento entre los niños y las niñas hospitalizadas gracias a la mejor accesibilidad a actividades de ocio. Se espera una mejoría en el bienestar emocional, sintiéndose más felices y motivadas durante su estancia, intentando siempre satisfacer sus necesidades especiales.

## CONCLUSIONES

El proyecto contribuirá significativamente a reducir el estrés y el aburrimiento de los niños y las niñas hospitalizadas, favoreciendo su recuperación y promoviendo un entorno inclusivo y diverso dentro del hospital. El uso de actividades de ocio como herramienta terapéutica es fundamental para su tratamiento y bienestar, alineándose con el reconocimiento del juego como un derecho fundamental de la infancia, también dentro del hospital.

Ferran Prats Domenech(1);Romy Rossich Verdés(1)

(1)Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus

---

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD REGIONAL DE ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE INFANTIL CRÓNICO COMPLEJO Y NECESIDADES PALIATIVAS.**

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) mejoran la calidad de vida de los niños que viven con enfermedades que limitan o amenazan la vida. En el mundo, se estima que más de 20 millones de niños necesitan CPP. En España, aproximadamente 25 000 niños tienen necesidades de cuidados paliativos.

El aumento de la supervivencia pediátrica en países desarrollados debido a los avances en los tratamientos y al uso de nuevos dispositivos médicos provoca que un número creciente de niños presenten necesidades de salud crónicas y cuidados complejos.

En España, entre 5000 y 7000 niños padecen enfermedades crónicas cada año, y entre 930 y 1500 mueren por dicha causa, lo que representa un 15 % de los ingresos hospitalarios en pediatría. Estas cifras están obligando a crear servicios hospitalarios adaptados a estos niños con enfermedad crónica y complejidad (PPECC) pero a cargo de Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos que ayuden a mantener la continuidad asistencial.

El objetivo de este estudio es presentar los datos correspondientes a los ingresos hospitalarios realizados en la Unidad Regional de Asistencia Integral al Paciente Infantil y Necesidades Paliativas.

### MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico de los pacientes menores de 18 años ingresados en una unidad de hospitalización de PPECC, identificados mediante la utilización de la escala PedCom ampliada, pertenecientes a una Unidad Regional de Asistencia Integral al Paciente Infantil y Necesidades Paliativas de un hospital de tercer nivel y de referencia desde el 1 de noviembre de 2023 y el 30 de junio de 2024.

La recogida de datos se realizará mediante revisión de historias clínicas a través del sistema informático Selene, con anonimización de los datos.

Las variables que se recogerán serán: edad del niño, sexo del niño, nacionalidad de la madre, procedencia geográfica, fallecimiento, patología de base, motivo de ingreso, soporte tecnificado al alta, grupos ACT, dispositivos durante el ingreso, nivel de complejidad, número de especialistas involucrados, aislamientos, estancia, traslados a UCIP, traslados a otros hospitales, reingresos y procedencia del paciente.

Se analizarán descriptivamente las variables, utilizando las medidas apropiadas según el tipo de variable y su distribución.

Ana Lorente Beltrán(1);Naila Palazón Nieto(1);Paloma Vivancos Medina(1);Laura Galant Perez(1);Teresa Bonanad Carrasco(1);María del Mar Moreno Sánchez(1);Alexis Martinez Cornet(1);Cristina Molina Ruiz(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## INGRESOS HOSPITALARIOS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS); ESTUDIO COMPARATIVO DE TEMPORADAS EPIDÉMICAS PRE Y POST NIRSEVIMAB

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En octubre del 2023 se inició de forma sistemática en España la prevención de la infección respiratoria de vías bajas (IRVB) asociada a VRS mediante el anticuerpo monoclonal Nirsevimab.

En nuestra Comunidad Autónoma la cobertura fue del 87.4%.

Nuestro objetivo fue analizar los ingresos hospitalarios por infección por VRS antes (2022-23) y después (2023-24) de implementar esta medida.

### MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Incluye los ingresos hospitalarios de <5 años por IRVB por VRS. Se analizan dos temporadas epidémicas: 01/10/2022-31/03/2023 (periodo1) y 01/10/2023-31/03/2024 (periodo2).

Se comparan en ambos grupos: características demográficas, número de ingresos en planta y UCI-P, estancia media hospitalaria, gravedad de los episodios (días de oxigenoterapia, necesidad de UCIP, antibioterapia), coinfecciones y administración de Nirsevimab.

### RESULTADOS

En el periodo1 ingresaron 134 niños con IRVB por VRS (5.7 por cada 1000 pacientes atendidos en urgencias) y en el periodo2 35 (1.6 por cada 1000 pacientes atendidos), suponiendo una reducción del 73.8% en el número de ingresos ( $p<0.01$ ).

En el periodo1 la mediana de edad fue de 2 meses (IQR 1-8) y en el periodo2 de 9 meses (IQR 2-13) ( $p=0.01$ ). Fueron varones el 50.8% en el periodo1 y el 22.9% en el periodo2 ( $p<0.01$ ).

Se redujeron también en el periodo2 el número de ingresos en UCI-P de 42 (1.7 por cada 1000 atendidos en urgencias) a 9 (0.4 por cada 1000 atendidos en urgencias), lo que representa un 78.5% menos ( $p<0.01$ ), así como la estancia media hospitalaria de 5.2 a 3.3 días (diferencia de 1.9 días; IC95% 0.8-2.9) y los días de oxigenoterapia de 3.8 a 2.1 (diferencia de 1.7 días; IC95% 0.7-2.6).

En los pacientes que ingresaron no se observaron diferencias en la necesidad de UCI-P (31.3% vs 25.7%,  $p=0.52$ ), antibioterapia (32.1% vs 31.4%) y coinfecciones (15.7% vs 11.4%). Ningún paciente falleció en ninguno de los periodos.

10 pacientes del periodo2 habían recibido Nirsevimab y 4 de ellos precisaron ingreso en UCI-P.

#### CONCLUSIONES

En la primera temporada epidémica VRS post-administración de Nirsevimab se redujeron muy significativamente los ingresos hospitalarios de menores de 5 años por IVRB asociadas a VRS, tanto en planta como en UCI-P. También disminuyeron la estancia media hospitalaria y los días de oxigenoterapia.

Anna Gelman Bagaria(1);Ana María Pérez Benito(1);Romina Conti Degiorgis(1);Maria Coma Calle(1);Valenti Pineda Solas(1);Sabrina Andara Collazo(1);Roberto Velasco Zuñiga(1)

(1)Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell

---

#### DIFERENCIAS EN LA EXPRESIÓN DE LOS GENES DE INTERFERON E INMUNOGLOBULINAS EN LACTANTES PREMATUROS MODERADOS/TARDÍOS VERSUS A TÉRMINO, HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN POR VRS

##### INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La bronquiolitis por VRS es la causa mas frecuente de hospitalización en lactantes. La prematuridad es un factor de riesgo de gravedad en parte relacionado con la inmadurez de su sistema inmune; sin embargo este aspecto no ha sido estudiado en profundidad. El objetivo de este estudio fue evaluar la expresión de los genes de inmunidad (interferón (IFN), inflamación, inmunoglobulinas, células plasmáticas) en lactantes prematuros hospitalizados por infección VRS.

##### MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, observacional, durante las temporadas 2017-2021. Se reclutaron dos grupos de lactantes < 12 meses de edad ingresados por un primer episodio de bronquiolitis VRS: a) prematuros moderados/tardíos (32-37 semanas de edad gestacional); b) lactantes a término. Se obtuvieron muestras de sangre secuenciales al ingreso (BASAL), un mes (M1) y 6-12 meses tras el alta (M6), y una muestra basal en un grupo de controles sanos. Se utilizó el software R para estudiar la diferencia de expresión de los genes (DEG), análisis clúster supervisados y no supervisados, análisis modular, y análisis cuantitativos de expresión genómica (QuSAGE).

##### RESULTADOS

Evaluamos 106 lactantes; 92 ingresados por bronquiolitis VRS (70 términos y 22 prematuros) y 14 controles sanos (10 términos y 4 prematuros). En el grupo control (no infectados por VRS) en la muestra BASAL los lactantes prematuros presentaron mayor expresión de los genes de inflamación y de inmunoglobulinas que los términos. Todos los lactantes infectados por VRS presentaron sobreexpresión de los genes de IFN y los prematuros recuperaron la expresión basal de IFN en M1, antes que los términos en los que se mantuvo la sobreexpresión de los genes de IFN en M6. La expresión de genes de inflamación, células plasmáticas y neutrófilos fue similar en ambos grupos infectados por VRS y superior a los controles (Figura 1).

##### CONCLUSIONES

Se identificaron diferencias en la expresión de los genes de interferón e inmunoglobulinas en lactantes prematuros moderados/tardíos ingresados por VRS comparados con los términos. Estos hallazgos pueden ayudar a dilucidar los mecanismos inmunes implicados en la gravedad de la bronquiolitis VRS en lactantes prematuros y pueden ayudar en el diseño de vacunas en este subgrupo de lactantes.

Rosa Rodriguez Fernandez(1);Felipe Gonzalez Martinez(1);Blanca Toledo del Castillo(1);Maria Isabel Gonzalez Sanchez(1);Jimena Perez Moreno(1);Zhaohui Xu(2);Asuncion Mejias(2);Octavio Ramilo(2)

(1)Hospital Gregorio Marañón;(2)St Jude Children's Research Hospital

---

## "NEUMONÍA COMPLICADA POSTPANDEMIA ¿QUÉ HA CAMBIADO?"

### INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad es la principal causa de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial. Dentro de sus complicaciones se incluyen el empiema, la neumonía necrotizante y el absceso pulmonar, además de otras de tipo sistémico.

Tras la pandemia COVID 19 se ha observado un aumento en la incidencia de infecciones respiratorias fuera de temporada invernal, además de un aparente incremento de formas graves e invasivas.

El objetivo de este estudio es realizar una comparación en cuanto al número de casos y características de neumonía complicada en pacientes ingresados antes y después de la pandemia por covid-19 en un hospital de tercer nivel.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo observacional retrospectivo sobre pacientes ingresados por neumonía complicada en dos periodos pre/postpandemia de 24 meses cada uno (2018-2019 y 2022-2023). Se excluyen a pacientes con patología de base que condicione mayor susceptibilidad de neumonías complicadas.

Además del número de casos en ambos periodos de tiempo se incluyen otras variables como la edad, sexo, calendario vacunal, complicaciones, estancia hospitalaria, resultados microbiológicos y de pruebas de imagen, corticoterapia, soporte respiratorio, necesidad de cuidados intensivos y evolución posterior.

Además del estudio descriptivo, se realizó el análisis estadístico de variables en ambos periodos mediante la Chi cuadrado y T-Student.

### RESULTADOS

Se ha observado un aumento de casos en la época postpandemia (n=23) respecto a la previa (n=9). La forma de complicación más frecuente ha sido el derrame pleural aislado (n=18), con un predominio del sexo masculino (n=19). En cuanto a la comparación de variables, el análisis estadístico de los dos periodos no encontró diferencias significativas, salvo en la detección de agentes víricos en los casos postpandemia.

### DISCUSIÓN

Los datos muestran un incremento del número de casos, concluyente con otros estudios. Puede que el limitado número de pacientes impida diferencias significativas en este estudio, pero si esta tendencia incremental de casos se mantiene, serán necesario adecuar medidas preventivas (optimización de vacunación antineumocócica con nuevos serotipos, vacunación antigripal) y actualización de protocolos de manejo.

Ángel Mazarro López de los Mozos(1);Patricia Martínez Pi(1);Alejandra García Montoya(1);Ángel Buitrago Pozo(1);Pedro Alcalá Minagorre(1)

(1)Hospital General Universitario Dr. Balmis

---

## SEDACIONES PROGRAMADAS PARA PROCEDIMIENTOS LARGOS: PROTOCOLO ESTANDARIZADO Y ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS

### INTRODUCCIÓN:

La sedación es fundamental en pediatría para poder realizar determinadas pruebas diagnóstico-terapéuticas, tanto para un adecuado control de la ansiedad y del dolor del paciente como para asegurar las posibilidades de éxito de la técnica utilizada.

En nuestro medio, la sedación programada para procedimientos largos (resonancias magnéticas, endoscopias y potenciales auditivos) la realizan pediatras capacitados. Al no disponer de personal de anestesia pediátrica, únicamente son candidatos los pacientes con un ASA I-II.

En 2023 se redactó un protocolo para estandarizar la sedación de estos pacientes y abordar los potenciales efectos adversos.

### OBJETIVOS:

Optimizar la estrategia de sedación utilizada para la realización de los procedimientos programados. Identificar los efectos adversos que se presentaron y estudiar si se relacionan con algún factor del paciente, tipo o cantidad de medicación o procedimiento realizado. Evaluar la eficacia de la sedación para una adecuada realización de la prueba.

### MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo. Recogida de datos a través de formulario electrónico y análisis estadístico mediante SPSS.

### RESULTADOS:

Entre enero y abril de 2024 se recogieron 41 pacientes, de los cuales el 58% corresponden a RMN, el 32% a endoscopias y el 10% a potenciales auditivos. La mediana de edad fue de 6 años, con un rango intercuartílico de 9. El 66% fueron varones, sin diferencias respecto a la población de referencia. Solo un paciente recibió premedicación con midazolam intranasal y todos los pacientes de la serie recibieron propofol intravenoso en perfusión continua. La dosis media total utilizada fue de 5.2 mg/kg, con una desviación estándar de 1.6. Se observaron efectos adversos en 6 pacientes (15%), leves y de tipo respiratorio en todos ellos. En el 90% de los casos el éxito de la sedación fue bueno, en el 7% regular y solo en uno de ellos no se pudo terminar el procedimiento.

No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre edad, sexo, peso, premedicación y dosis de propofol con la presencia de efectos adversos.

### CONCLUSIONES:

Tras estandarización del proceso de sedación se observa un éxito del 98% en el procedimiento. Los efectos adversos reflejados son leves y no se relacionan con los factores analizados.

Anna Canet Tarres(1);Sara Suarez Cabezas(2);Rosa Zubimendi Pérez(2);Lourdes Romero Moreno(2);Ana Muñoz Lozón(2);Eva Sanavia Moran(2);Leticia González Vives(2);Begoña Pérez-Moneo Agapito(2)

(1)Hospital Universitario Infanta Leonor;(2)Hospital Universitario Infanta Leonor

## FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentra la Anorexia Nerviosa (AN), caracterizada por miedo a ganar peso y dietas restrictivas. Una complicación es el Síndrome de realimentación (SR), cuya incidencia puede alcanzar el 28% en estos casos. Consiste en alteraciones metabólicas debidas al rápido reinicio de la alimentación posterior al ayuno prolongado. Destacan la hipofosfatemia severa, hipokalemia, hipomagnesemia, déficit de tiamina y retención de agua y sodio, con graves consecuencias.

El objetivo del siguiente trabajo es describir los factores de riesgo para el desarrollo de SR en pacientes con AN ingresados en nuestro hospital.

### MÉTODOS

Se han recogido todos los pacientes ingresados por AN desde enero de 2023 hasta junio de 2024 (N=10), describiendo las características de la muestra (género, edad) y el porcentaje de niños que presentaba cada factor de riesgo (IMC <16, pérdida de peso en los últimos 6 meses >15% y alteraciones hidroelectrolíticas) y clasificándolos en distintos grados según la probabilidad de padecer esta afectación.

### RESULTADOS

El 80% de la muestra (8) eran mujeres y un 50% de los pacientes (5) tenía menos de 13 años, evidenciándose el predominio del género femenino y una disminución en la edad de debut de esta patología.

El 55,55% (5) tenía un IMC <16. El 100% de los varones (2) y el 42,85% de las mujeres (3) lo presentaba. El 88,89% de los pacientes (8) había perdido >15% de peso en los últimos 6 meses. El 100% de los pacientes (10) presentaba un fósforo y un magnesio normal. El 10% (1) presentaba hipopotasemia. Un 55,55% de los pacientes se podría considerar de alto riesgo y un 44,44% de muy alto riesgo para el desarrollo de SR. Los resultados quedan recogidos en la tabla 1.

### CONCLUSIONES

- Un porcentaje significativo de pacientes con AN en nuestro centro presenta edades inferiores a lo descrito en la literatura.
- La mayor parte de los niños ingresados por AN en nuestro centro presentan un alto o muy alto riesgo de SR, aunque ninguno llegó a desarrollarlo.
- La prevención constituye el pilar fundamental del tratamiento para evitar secuelas graves, incluido el fallecimiento.

L García Cobarro(1);M Sánchez Pérez(1);A Herrera Chamorro(1);Z Navarro Salmerón(1);J Ruiz Riquelme(1);MJ Rodado Martínez(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

---

## PRIMER AÑO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU DE BARCELONA: REVISAR PARA MEJORAR

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS



La Hospitalización Domiciliaria (HaD) es una alternativa a la hospitalización tradicional que ofrece atención sanitaria de complejidad hospitalaria en el hogar, reduciendo la estancia hospitalaria. Desde enero de 2023, nuestro Servicio de Pediatría ha derivado pacientes a dos equipos de HaD territoriales, el Servicio de HaD de adultos de nuestra zona (HaDa) y la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrico (HaDp) de otro centro. Se revisaron los pacientes atendidos y se propusieron mejoras.

## RESUMEN

Se incluyeron 10 pacientes de 3 a 17 años (6 mujeres), divididos entre HaDa y HaDp. Todos presentaban infecciones complicadas que requerían tratamiento prolongado: 3 neumonías necrosantes, 2 abscesos intraabdominales, 2 empiemas cerebrales, 2 infecciones osteoarticulares y 1 infección de craneoplastia. La mediana de hospitalización en planta fue de 14 días (7-86) y en el domicilio de 12 días (3-61). En 6/10 pacientes se ajustó el tratamiento para facilitar la HaD. Ocho pacientes fueron dados de alta de HaD, uno presentó secuelas (hidroneumotórax) y dos requirieron reingreso.

A pesar de la experiencia positiva de los profesionales, se identificaron inquietudes sobre la falta de registro en nuestro centro de la evolución de los pacientes en HaD, la necesidad de revaloración por los facultativos responsables, la optimización de la duración de los tratamientos antibióticos y las vías de comunicación entre centros. No se ha evaluado la experiencia de los pacientes y sus familias.

## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La HaD mejora significativamente la asistencia a nuestros pacientes y debe ser potenciada. La evolución de los pacientes ha sido positiva y las complicaciones observadas no están relacionadas directamente con su ingreso en el domicilio. La revisión del circuito y de los pacientes ha revelado áreas de mejora, principalmente relacionadas con el cambio de equipo asistencial y centro de referencia. La creación de un equipo HaD pediátrico en nuestro centro podría solucionar estos problemas. Alternativamente, se propone establecer vías de comunicación seguras y eficaces entre los equipos hospitalarios y domiciliarios, incluyendo revisiones periódicas por infectología pediátrica. Además, será esencial valorar la experiencia de los pacientes y sus familias mediante encuestas de satisfacción y una escucha activa de sus opiniones.

José María Valle-T-Figueras(1);Alejandra Pérez Restrepo(1);Núria Brun Lozano(1);Pablo Escribano Sanz(1);Eulàlia Villegas Bruguera(2);Ariadna Carsi Durall(3);Gemma Garcia del Cerro(1);Susana Boronat(1)

(1)Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona;(2)Hospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral, Barcelona;(3)Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

---

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS EN PEDIATRÍA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La vacunación infantil y el aumento de pacientes con dispositivos intravasculares y tratamientos inmunosupresores ha condicionado cambios en la epidemiología de las bacteriemias en pediatría. El objetivo fue analizar la evolución, etiología y características de las bacteriemias en una población infantil.

### MÉTODOS.

Análisis retrospectivo de hemocultivos (HC) recogidos en pacientes pediátricos (*Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*).

### RESULTADOS.

De los 11.099 HC recogidos, 1.819 (16,4%) resultaron positivos, 521 (4,7%) con patógenos confirmados y potenciales.

Se registraron 86 pacientes (65,1% varones; edad mediana 32 meses, RIC 7,75-81,75) con bacteriemia por los cinco microorganismos más frecuentes: 31 (36%) por *Staphylococcus aureus* (1/31 meticilin-resistente); 24 (27,9%) por *E. coli* (1/24 productor de BLEE), 17 (19,8%) por *S. pneumoniae* (3/15 por serotipos incluidos en la vacuna antineumocócica 13-valente, en 3 pacientes no vacunados); 7 (8,1%) por *N. meningitidis* (5/7 por serogrupo B, todos en pacientes con inmunización incompleta); 7 (8,1%) por *H. influenzae*. La evolución se muestra en la figura 1.

Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron: fiebre (88,4%), mal estado general (24,4%) y dificultad respiratoria (16,3%). La mediana de los parámetros más relevantes al ingreso fueron: 9.370 leucocitos/mcl (RIC 4.505-16.915), proteína C reactiva 5,1 mg/dl (RIC 2,2-11,1) y procalcitonina 1,6 ng/ml (RIC 0,2-7,4). 36/86 fueron bacteriemias primarias; en las secundarias, los focos más frecuentes fueron infecciones osteoarticulares (15/50), del tracto urinario (11/50) y neumonía (9/50). El 97,7% de los pacientes precisó ingreso (23,8% en Cuidados Intensivos) y la mediana de tiempo de ingreso fue de 8,5 días (RIC 5,8-15,5).

#### CONCLUSIONES.

En los últimos años, ha habido un predominio de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* y *E. coli*. Las bacteriemias por microorganismos con cobertura vacunal se observaron sobre todo por serotipos no vacunales o en individuos no inmunizados. Los hallazgos clínicos y analíticos no resultaron llamativos.

Lucía Rodríguez-Noriega Béjar(1);Cristina Martínez García(1);Pablo Martino Redondo(1);Virginia Courel del Río(1);Jonathan Fernández Suárez(1);Ana María Fernández Verdugo(1);María Fernández Miaja(1);Laura Calle Miguel(1)

(1)Hospital Universitario Central de Asturias

---

## CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS SEGUNDAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN LACTANTES

### INTRODUCCION-OBJETIVOS

La bronquiolitis por VRS es la primera causa de ingreso hospitalario en lactantes en todo el mundo. La reinfección por VRS es un aspecto casi desconocido y poco estudiado. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y los factores de riesgo de segundas infecciones por VRS que precisan ingreso hospitalario.

### METODOS

Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron todos los < 2 años ingresados por bronquiolitis VRS (1 septiembre 2015-31 diciembre 2023). Se consideró reinfección el reingreso por bronquiolitis VRS con al menos de 30 días de diferencia en la misma o diferente temporada. Se compararon las características de los lactantes ingresados en dos ocasiones por VRS con aquellos con un único ingreso. La asociación entre las variables cualitativas se analizó mediante test de Fisher y las cuantitativas con el test de Kruskal-Wallis. Para valorar el riesgo de segundo ingreso por VRS se construyeron modelos de regresión logística. Se consideraron significativos valores  $p < 0.05$

### RESULTADOS

Durante el periodo del estudio ingresaron 1.307 lactantes menores de 2 años por bronquiolitis VRS. De ellos 14 niños (1,1%) reingresaron por infección VRS con al menos 30 días de diferencia entre ambos ingresos (5 en la misma temporada VRS y 9 en diferentes temporadas). El estudio comparativo entre los que ingresaron en una o en dos ocasiones por VRS se muestra en Tabla 1. En el análisis multivariante la necesidad de UCIP en el primer ingreso [OR: 5,7 (2,1-16,7;  $p < 0,01$ ], la presencia de antecedentes personales [OR: 5 (1,8-14,2);  $p = 0,01$ ] y una edad entre 3-6 meses en el primer ingreso [OR: 4,7 (1,3-17);  $p = 0,01$ ] fueron factores de riesgo de reingreso por VRS.

No encontramos diferencias en la gravedad entre primer y segundo ingreso en el grupo que tuvieron dos infecciones VRS

#### CONCLUSIONES

Las segundas infecciones por VRS que precisan ingreso hospitalario son infrecuentes (1,1%). Los factores de riesgo de reingreso por bronquiolitis VRS son la necesidad de UCIP durante el primer episodio, la presencia de antecedentes personales y el primer ingreso a una edad entre 3-6 meses. Esta información es importante para planear las nuevas estrategias de prevención disponibles.

Rosa Rodriguez Fernandez(1);Jimena Perez Moreno(2);Maria Isabel Gonzalez Sanchez(2);Alicia Fernandez Gonzalez(2);Blanca Toledo del Castillo(2);Felipe Gonzalez Martinez(2)

(1)Hospital Gregorio Marañón;(2)Hospital Gregorio Marañón

---

#### TEMPORADA EPIDÉMICA VRS 2023/2024 ¿CÓMO HA IDO EN NUESTRO CENTRO?

Estudio descriptivo para exponer la tasa conseguida de inmunización con Nirsevimab y describir cómo se ha modificado la actividad asistencial en urgencias y hospitalización por infección respiratoria de vías bajas (IRVB) e infección por VRS en temporada epidémica de 2023-2024 (de octubre a marzo) respecto a temporada previa en nuestro centro.

Patricia Gallardo Ordóñez(1);Laia Sanchez Torrent(1);Ester Torra Guarch(1);Antonio Padilla Martínez(1)

(1)Parc Sanitari Sant Joan de Déu

---

#### UNIDAD DE PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD: ¿INFLUIMOS SOBRE EL CURSO CLÍNICO DE NUESTROS PACIENTES?

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los niños con patología crónica y complejidad (NPCC) presentan mayor riesgo de complicaciones que requieren acudir a urgencias hospitalarias o bien precisar hospitalización.

El objetivo del trabajo es analizar el número de ingresos y urgencias tras iniciar seguimiento en una consulta monográfica para NPCC.

##### MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, incluyendo pacientes de  $\geq 2$  años de edad, seguidos en la consulta para NPCC de un hospital terciario entre Septiembre de 2020 y Junio de 2022, manteniendo seguimiento posterior.

Se comparó el número de ingresos no programados y visitas a urgencias en un periodo de dos años antes y después de la primera consulta. Los datos fueron procesados analizados mediante el programa SPSS 22.0 utilizando las pruebas t de Student y Chi-Cuadrado.

##### RESULTADOS

En el tiempo de estudio, fueron vistos en consulta 124 pacientes. 56 cumplían criterios de edad y seguimiento continuado posterior.

La edad media fue  $8.23 \pm 4.5$  años. El 67.9% eran varones. El 76.8% mantenían seguimiento previo en el hospital de estudio. Las patologías de base más frecuentes fueron parálisis cerebral infantil (50%) y encefalopatía epiléptica (14.2%). El 48.2% dependía de soporte tecnificado.

El 32.1% de los pacientes precisó ingreso en los dos años previos a la consulta, registrándose 33 hospitalizaciones totales ( $0.59 \pm 1$  por paciente). En los dos siguientes, ingresaron el 42.8%, (50 eventos,  $0.89 \pm 1.4$  por niño). La p fue 0.056.

El 53.6% registró al menos una visita a urgencias en los dos años previos (98 totales,  $1.75 \pm 2.5$  por paciente). En los dos posteriores, este porcentaje fue del 69.6%, (178 visitas,  $3.18 \pm 4.7$  por niño). La p fue  $<0.01$ .

La tabla 1 muestra un análisis estratificado por edad.

## CONCLUSIONES

Nuestros datos muestran un aumento significativo de visitas a urgencias y no significativo de hospitalizaciones, en los dos años posteriores al inicio del seguimiento en una unidad especializada.

La principal hipótesis es que este incremento es consecuencia de centralizar la atención en un hospital. Serán necesarios estudios con más duración, mayor tamaño muestral y otras variables para determinar si esta consulta puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Pablo Gómez Garrido(1); Enrique Villalobos Pinto(2); Azucena Retuerta Oliva(2); María Suárez-Bustamante Huélamo(2)

(1)Centro de Salud Federica Montseny;(2)Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

---

## MEDICACIÓN PEDIÁTRICA DE ALTO RIESGO: PROPUESTA DE LISTADO A TRAVÉS DE TÉCNICA DE CONSENSO INTERDISCIPLINAR

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los pacientes pediátricos presentan una mayor probabilidad que los pacientes adultos de sufrir errores y daños graves relacionados con la medicación. Dentro de la estrategia de mejora de la seguridad se encuentra la identificación de medicamentos de alto riesgo (MAR) y su estudio en poblaciones especiales, como los niños con exceso de peso corporal (EPC). No existe un listado oficial de MAR pediátricos, y los listados que se han publicado tienen resultados desiguales en extensión y contenidos. Nuestro objetivo es generar un listado operativo y actualizado de MAR de uso hospitalario en niños mayores de 2 años mediante una técnica de consenso estructurada por un grupo interdisciplinar de pediatras y farmacéuticos hospitalarios.

### MÉTODO:

El estudio se realizó en dos fases secuenciales: a) elaboración de un listado preliminar de MAR mediante revisión bibliográfica y b) posterior aplicación del método Delphi de doble ronda para consensuar un listado definitivo de MAR. Los resultados obtenidos se validaron mediante el cálculo del probable acuerdo debido al azar y el estadístico Kappa modificado para cada fármaco.

### RESULTADO:

El listado inicial obtenido por revisión bibliográfica incluyó 26 grupos farmacológicos y 96 principios activos. Del total de 37 expertos iniciales, 32 (86,4%) completaron las dos rondas del Delphi. El listado consensuado definitivo de MAR incorporaba 24 grupos farmacológicos y 101 fármacos (Tabla 1). El estadístico Kappa modificado reflejó un alto grado de concordancia (94,9%) con el consenso alcanzado por los participantes

#### CONCLUSIÓN:

Este listado puede constituir una herramienta para futuros estudios e intervenciones de mejora de la seguridad del medicamento en población pediátrica general, así como en subgrupos de riesgo, como los pacientes pediátricos con exceso de peso corporal.

L Hernández Sabater(1);Y Hernández Gago(2);B Rodríguez Marrodán(3);M J Cabañas Roy(4);C Martínez Roca(5);J Pérez Moreno(6);P J Alcalá Minagorre(1)

(1)Hospital General Universitario Dr Balmis (Alicante);(2)Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (Las Palmas de Gran Canaria);(3)Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid);(4)Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona);(5)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Coruña);(6)Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

## Casos Clínicos

### MUSICOTERAPIA E INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES COMO ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO HOSPITALIZADO

#### INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente los hospitales se han concebido como espacios reservados para la cura de dolencias físicas, restringiendo a la persona a una enfermedad biológica sin tener en cuenta otros condicionantes de salud. Frente a esto, se han desarrollado estrategias de humanización, como pueden ser la terapia asistida con animales y la musicoterapia, que han cambiado el paradigma de la hospitalización pediátrica. Se presentan dos casos en los que sin la ayuda de estrategias de humanización, habría sido imposible realizar tareas diagnóstico-terapéuticas de vital importancia.

#### PRIMER CASO

Niña de 8 años que, tras un primer ingreso de larga duración y estancia en domicilio con antibioterapia oral, reingresa por una adenitis abscesificada complicada. De manera reactiva a la segunda hospitalización, presenta importante alteración conductual y emocional, encontrándose agresiva y desafiante hacia sus padres y personal sanitario. Negatividad ante cuidados necesarios, entre ellos la realización de punción aspiración con aguja fina indicada ante la evolución tórpida del cuadro. Desde salud mental se prescribe risperidona, sin embargo no se llegó a administrar. La intervención asistida por perros favoreció la regulación emocional de la paciente, no sólo accediendo a la realización de la prueba diagnóstica, sino encontrándose al alta agradecida.

#### SEGUNDO CASO

Niño de 7 años diagnosticado de leucemia linfocítica aguda tipo T que a lo largo del proceso terapéutico desarrolla fobia al proceso de sedoanalgesia precedido a la punción lumbar. Presenta ansiedad anticipatoria, miedo y estado de nerviosismo físico y psíquico, llegando a precisar dosis altas de sedoanalgesia. Ante esta situación, inicia su intervención musicoterapeuta con técnicas de reconocimiento y regulación emocional a través de maracas y palo de lluvia los días previos, además de técnicas de relajación y música en directo durante el procedimiento. Gracias a ello se permite realizar el tratamiento intratecal durante el largo periodo que está estipulado, sin la yatrogenia de dosis altas de sedación y consiguiendo un mayor bienestar.

#### CONCLUSIONES

Como pediatras debemos procurar una atención integral de nuestros pacientes y sus familias, abarcando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Las estrategias de humanización permiten este abordaje holístico, facilitando la realización de intervenciones médicas imprescindibles para conservar la salud.

Inés Vico Marín(1);Inés García Cáceres(1);Laura Marín Marín López(1);Paula del Santo Fernández(1);Silvia Ortega Varga(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves

---

### CATATONÍA E INSOMNIO COMO SIGNOS GUÍA PARA UN DIAGNÓSTICO GENÉTICO

#### INTRODUCCIÓN:

Diagnóstico de síndrome de Phelan-McDermid (SPMD) en una adolescente con catatonía, insomnio y disautonomía.

## RESUMEN DEL CASO:

Adolescente de 16 años con antecedente de retraso global del desarrollo no filiado (pendiente resultado de exoma) traída a urgencias por febrícula y alteración conductual con agitación, ansiedad, inexpresividad e insomnio de 72 horas. Tratada con quetiapina y diazepam. Se realiza analítica de orina sugestiva de infección urinaria baja, tóxicos en orina negativos y analítica sanguínea que no muestra alteraciones. Se ingresa para estudio. En hospitalización presenta agitación psicomotriz, temblor intencional, desconexión ambiental e insomnio refractario. Asocia clínica disautonómica con febrícula, sudoración profusa, taquicardia e hipertensión. Ante sospecha de debut psicótico vs encefalitis autoinmune se realiza TAC craneal, electroencefalograma (EEG) y punción lumbar que resultan normales. Se administra risperidona, clonazepam y haloperidol, con escasa mejoría por lo que, con sospecha de síndrome neuroléptico maligno (SNM), se traslada a UCI pediátrica. Ante la posibilidad de encefalitis autoinmune, recibe megabolus de corticoides, inmunoglobulinas endovenosas y plasmaféresis, sin respuesta. Asimismo, por posible SNM precisa ajuste de fármacos e inicio de dantroleno sin mejoría posterior. Se repite estudio de LCR con perfil de encefalitis autoinmunes, TAC y RMN craneales, así como EEG, sin obtenerse datos concluyentes. Precisa sedación para controlar la agitación y el insomnio, con deterioro del nivel de conciencia y necesidad de intubación. Extubación fallida en contexto de atelectasia y neumonía aspirativa, por lo que se decide traqueostomía electiva, así como colocación de sonda nasogástrica por disfagia orofaríngea. Tras ajuste del tratamiento se controlan parcialmente los síntomas, permitiendo su traslado a planta de hospitalización y posteriormente a centro de atención intermedia para convalecencia y capacitación familiar. Se recibe resultado de exoma positivo para SPMD, orientándose como probable catatonía excitatoria. Precisa infusión continua de midazolam y dexmedetomidina intranasal para conseguir descanso nocturno. Mejoría progresiva posterior permitiendo alta a domicilio previa retirada de dispositivos y de parte de la medicación.

## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

El síndrome Phelan-McDermid es una condición genética caracterizada por una amplia gama de manifestaciones sistémicas y del neurodesarrollo, incluyendo alteraciones del comportamiento y del estado de ánimo, de predominio en la adolescencia.

Paula García Espinosa(1);Isabel Torrus Lopez(1);Aina Martínez Planas(1);Maria Farras Riu(1);Joan Valls Ramon Cortes(1);Silvia Asenjo Ponce De Leon(1);Teresa Gili Bigata(1);Mariona Fernandez de Sevilla Estrach(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

**FIEBRE PROLONGADA Y REACCIÓN LEUCEMOIDE TRAS INFECCIÓN POR VEB**

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La fiebre prolongada en niños es una manifestación de cuadros en su mayoría banales. Sin embargo, en ocasiones, puede tratarse de infecciones graves o enfermedades sistémicas, siendo necesario realizar estudios más extensos para su correcto diagnóstico.

El objetivo de este caso clínico es destacar la importancia del diagnóstico diferencial en hospitalización antes las posibles etiologías del paciente pediátrico con fiebre persistente, diarrea, hepatoesplenomegalia y leucocitosis.

## RESUMEN DEL CASO:

Escolar de 7 años que consultó en Urgencias por fiebre de 15 días de evolución, máximo 40°C, asociado a deposiciones líquidas. Como antecedentes personales destacaban un rasgo falciforme y seguimiento en Digestivo por dolor abdominal.

En la exploración física observamos hepatomegalia de 5 traveses, esplenomegalia, y adenopatías laterocervicales no dolorosas y móviles. En la analítica de sangre presentaba leucocitosis (63.000/ $\mu$ L) con linfocitosis y LUC (Large



unstained cells) elevado (22,8%), anemia normocítica normocrómica, hiponatremia, PCR 22,7 mg/L y niveles elevados de bilirrubina conjugada y enzimas hepáticas.

Como posibles diagnósticos diferenciales, se plantearon infecciones virales (VEB, CMV, VHB, VHA, VIH,...), parasitarias (toxoplasma, leishmania, malaria), bacterianas (endocarditis, sepsis, TB, brucelosis, fiebre botonosa mediterránea), y enfermedades autoinmunes. Durante el ingreso se confirmó infección por VEB (IgG e IgM positivas). Presentó empeoramiento clínico y analítico con aumento de la hepatoesplenomegalia, aparición de ascitis e importante derrame pleural bilateral. En el estudio de líquido pleural obtenido por toracocentesis tenía datos de trasudado y no se observaron células malignas. La paciente fue trasladada al hospital de referencia para biopsia de médula ósea y ganglionar, y la reordenación clonal del TCR descartó malignidad. Tras completar estudio, la sospecha diagnóstica fue de reacción leucemoide secundaria a infección por VEB, por lo que recibió tratamiento de soporte, alopurinol y ácido ursodesoxicólico, con buena evolución, siendo dada de alta con seguimiento ambulatorio. La PCR para VEB en el control posterior fue indetectable.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Las infecciones por VEB pueden ser agresivas y de difícil resolución. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial para descartar otras etiologías. En casos de mononucleosis infecciosas no resueltas, con marcada linfocitosis, es importante pensar en síndrome hemofagocítico o linfoproliferativo secundario al VEB.

Ana Martin Moreno(1);Lydia De la Torre Martin(1);Elvira Cobo Vazquez(1);David Argumán García(1);Lucia Romero Imaz(1);Patricia Del Olmo Segura(1);Kawtar Sabir Toumi(1);Mercedes Bueno Campaña(1)

(1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón

---

#### ANTE NEUMONÍA DE MALA EVOLUCIÓN, PREGUNTA POR LA ASPIRACIÓN

Las causas de neumonía de mala evolución son múltiples, siendo una de las más frecuentes en pediatría la aspiración de cuerpo extraño sobretodo en menores de 3 años.

Se presentan dos casos clínicos de aspiración de cuerpo extraño diagnosticados en contexto de neumonía de mala evolución.

Caso 1: niño de 2 años sin antecedentes de base que ingresa por persistencia de fiebre DE 39.5°C y tos a pesar de recibir tratamiento correcto con amoxicilina 80 mg/kg/día durante 1 semana. Se realiza radiografía de tórax con consolidación en lóbulo inferior derecho con componente atelectásico y analítica sanguínea con leucocitosis (21600/microlitro) y neutrofilia (16200/microlitro). Ingresó con ampicilina iv 200mg/kg/día asociado a azitromicina 10 mg/kg/día por IgM de Mycoplasma positiva. Se realiza ecografía pulmonar con consolidado sin broncograma aéreo. Al re-historiar a los padres referían episodio de tos comiendo palomitas antes del inicio de los síntomas. Se realiza fibrobroncoscopia donde se extrae palomita de maíz que obstruía el bronquio inferior derecho, con buena evolución clínico-radiológica posterior.

Caso 2: niña de 2 años sin antecedentes diagnosticada de neumonía en lóbulo inferior derecho con cuadro de fiebre 39.5°C y tos de 10 días de evolución, recibiendo amoxicilina 80 mg/kg/día durante 10 días. Presenta resolución de fiebre pero persiste tos. Ingresa posteriormente por nuevo pico febril 8 días después de finalizar tratamiento, repitiéndose radiografía sin mejoría del consolidado e ingresando para tratamiento intravenoso con cefotaxima 150mg/kg/día y clindamicina 40mg/kg/día. Ante evolución tórpida se realiza TAC pulmonar que evidencia obliteración del bronquio inferior derecho por lo que se traslada a centro de referencia para realizar fibrobroncoscopia. Al re-historiar a los padres niegan episodios de atragantamiento pero refiriendo consumo habitual de frutos secos troceados. La fibrobroncoscopia evidencia un trozo de anacardo en bronquio afecto que se extrae. Se mantiene antibioterapia con amoxicilina/clavulánico con buena evolución clínica posterior.

Ante una neumonía de evolución tórpida, tras revisar la pauta antibiótica adecuada, se debe historiar la posibilidad de atragantamiento. En menores de 5 años es importante plantearse la posibilidad de aspiración de cuerpo extraño, a pesar de la ausencia de antecedente de episodio de asfixia o atragantamiento previa al cuadro.

A Palacios Bermejo(1);R González Mateos(1);J.J Escalonilla García(1);J Pérez Moreno(1)

(1)Hospital Gregorio Marañón

---

## EL GÉRMEN DE LAS MIL CARAS: PACIENTE CON AFECTACIÓN ATÍPICA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

### INTRODUCCIÓN

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* es causa habitual de afectación respiratoria en niños mayores y adolescentes, pudiendo asociar manifestaciones extrapulmonares hasta en el 26% de los casos.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 14 años sin antecedentes previos de interés, que presenta fiebre elevada y síntomas respiratorios de 7 días de evolución. Tras iniciar espaciamento de los picos febriles, aparecen lesiones ulcerativas en mucosa oral y labial e hiperemia conjuntival supurativa. De forma concomitante, el paciente presenta lesiones vesículo-ulcerosas de pequeño tamaño en escroto y base de pene, así como hiperemia e inflamación de glánde y secreción purulenta uretral, generándole disuria. El paciente niega contacto sexual. No otras lesiones cutáneas. Durante su ingreso, se extraen serologías, presentando una IgM de *Mycoplasma pneumoniae* positiva y una IgG de Virus Herpes Simple 1 positiva, con IgM negativa. Se realiza despistaje microbiológico de muestras de secreción uretral, exudado balanoprepucial, faríngeo y sangre, que resultan negativas. Se inicia antibioterapia con Azitromicina y Aciclovir durante 5 días, así como curas cutáneas y oculares. Manteniéndose afebril durante el ingreso, debido a su buena evolución, pudo ser dado de alta con tratamiento ambulatorio a los 4 días.

### CONCLUSIÓN Y COMENTARIOS

La manifestación extrapulmonares más frecuentemente asociadas a *Mycoplasma pneumoniae* es la cutáneo-mucosa, y su forma de aparición habitual es el rash inespecífico o urticaria, aunque la afectación mucosa con afectación cutánea variable también se engloba dentro de este espectro de manifestaciones. La afectación urogenital es muy infrecuente y usualmente descrita en la literatura en contexto de mucositis del área genital. Las manifestaciones mucocutáneas de nuestro paciente fueron en exclusiva de mucosa oral, conjuntival y genital. Como elemento diferencial, presentó además uretritis supurativa concomitante, que inicialmente obligó a despistaje de infección de transmisión sexual, no obteniendo confirmación microbiológica de patógeno típico. Los hallazgos serológicos en conjunción con la clínica sugieren a *Mycoplasma pneumoniae* como probable microorganismo causante del cuadro de nuestro paciente, debiendo ser considerado como agente etiológico en casos de uretritis supurativa concomitante a síntomas respiratorios en paciente pediátrico.

A García del Moral(1);E Orti Morente(1);L Moreno Requena(1);I Vico Marín(1);I García Cáceres(1);A Gámez Belmonte(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves

---

## CRISIS APLÁSICAS EN DOS PACIENTES CON ESFEROCITOSIS HEREDITARIA ASOCIADA A COMPLICACIONES COMO LA ACTIVACIÓN MACROFÁGICA Y LA MENINGOENCEFALITIS AGUDA.

### INTRODUCCIÓN

La infección aguda por parvovirus B19 es una enfermedad autolimitada en pacientes sin trastornos inmunitarios. Sin embargo, en pacientes con discrasias sanguíneas pueden manifestarse con una crisis aplásica. Presentamos dos casos de pacientes pediátricos con antecedentes personales de esferocitosis hereditaria, que en el curso de una infección por B19, presentaron una crisis aplásica. Como excepcionalidad en la presentación y curso clínico, uno debutó con meningoencefalitis y el otro presentó datos de activación macrofágica.

#### RESUMEN

Niña de 12 años con antecedente de esferocitosis hereditaria, no esplenectomizada, derivada por fiebre junto somnolencia y fluctuación del nivel de conciencia. A la exploración, destaca rigidez de nuca y hepato-esplenomegalia. A su llegada a Urgencias, ante inestabilidad hemodinámica y neurológica, se traslada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. En analítica sanguínea, presenta alteración de la coagulación, PCR positiva para Parvovirus B19 y datos de activación macrofágica. Además, se realizan pruebas de imagen creaneales que son normales (TAC y RMN) y punción lumbar con PCR positiva a Parvovirus B19. Se orienta como meningoencefalitis por Parvovirus B19 iniciándose tratamiento con IGIV y megabolus de corticoide con buena evolución.

Niño de 7 años con antecedente de esferocitosis hereditaria, no esplenectomizado, acude por fiebre, vómitos y cefalea. A su llegada TEP inestable por aspecto y circulación. En analítica destaca pancitopenia, coagulopatía y elevación de reactantes de fase aguda. Dada sospecha de sepsis y amenización progresiva, se traslada a unidad de cuidados intensivos. Se realiza ecografía abdominal, que muestra esplenomegalia, y ante pancitopenia progresiva con signos de activación macrofágica se realiza aspirado de médula ósea, detectando Parvovirus B19. Se orienta como síndrome hemofagocítico secundario a infección por Parvovirus. Recibe antibioterapia durante 7 días totales, corticoterapia y dosis única de IVIG.

#### CONCLUSIÓN

Ante pacientes con esferocitosis hereditaria que acuden con crisis aplásica debemos sospechar infección por Parvovirus B19 como principal agente causal. Dicha infección, en pacientes con factores predisponentes, puede presentarse de modo más agresivo como se plasma en estos dos casos. Aunque, no existe tratamiento antiviral específico, las inmunoglobulinas intravenosas son útiles tanto para el control de la infección como de sus complicaciones secundarias.

Maria Mur Tomas(1);Alicia Suñé Aznárez(1);Jana Codina Barbosa(1);Joan Valls Ramón Cortes(1);Clara Álvaro Villanueva(1);Pablo Estival Monteliu(1);Maria Solsona Gadea(1);Rosa Maria Pino Ramirez(1)

(1)Sant Joan de Deu

---

#### MÁS ALLÁ DEL TRASTORNO FUNCIONAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: LA IMPORTANCIA DE LA MEDICACIÓN DE BASE DE NUESTROS PACIENTES.

##### INTRODUCCIÓN:

La dismotilidad intestinal es una entidad poco frecuente fuera del paciente crítico o crónico complejo. Se puede ver alterada por múltiples factores y es vital una detección precoz para evitar trastornos secundarios como desnutrición o alteración electrolíticas.

Exponemos el caso de un adolescente con antecedentes psiquiátricos y episodios de vómitos e intolerancia oral durante 6 meses.

##### RESUMEN DEL CASO:

Varón de 13 años con antecedentes de trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en tratamiento lisdexanfetamina, sertralina, aripiprazol y lorazepam. Ingresa por cuarto episodio en 6

meses de vómitos incoercibles sin tolerancia oral y diarrea. No síndrome miccional, clínica testicular, traumatismo, ingesta de tóxicos distintos a su medicación habitual o fiebre. Dado de alta con omeprazol ambulatorio, pero tras el alta, presentaba 10-12 vómitos diarios y hematemesis intermitente.

Exploración normal salvo dolor en mesogastrio e IMC superior p99. Función hepática, renal, pancreática, coagulación, gasometría y despistaje de celiaquía, normales. Se descartó cólico renoureteral e hipertensión intracraneal. Ecografía abdominal normal. Precisó ondansetrón, benzodiazepinas, dexclorfeniramina y ciproheptadina sin conseguir tolerancia oral. Tránsito esófagogastroduodenal con retraso del vaciamiento gástrico y endoscopia con pangastritis eritematonodular. Despistaje infeccioso e inmunológico negativos. Se inició eritromicina con mala respuesta precisando colocar sonda nasogástrica y cambiar a metoclopramida 10mg/8h tras confirmar normalización del intervalo QT. Se ajustaron benzodiazepinas ante componente ansioso asociado y se retiró lisdexanfetamina por sospecha de gastroparesia de origen medicamentoso; buena evolución posterior.

Nuevo episodio a las 48 horas de iniciar atomoxetina. Se solicitó estudio de farmacogenética con fenotipo metabolizador intermedio del CYP2C19 y CYP2D6, pudiendo condicionar aumento de las concentraciones de sertralina y atomoxetina. Se suspendió atomoxetina con mejoría progresiva consiguiendo tolerancia oral completa.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Este caso muestra la importancia de descartar organicidad ante pacientes con patología psiquiátrica, especialmente si presenta evolución tórpida o recurrente. Es clave un abordaje integral de los múltiples factores contribuyentes a la sintomatología y revisar su medicación de base, interacciones y relación temporal con los síntomas.

El fenotipo farmacogenético y la anamnesis exhaustiva orientó al diagnóstico y, sobre todo, al manejo terapéutico que consiguió la mejoría de este paciente.

Alicia Fernández González(1);Daniel Martín De Diego(1);Laura Hernández Sabater(2);Manuel Martínez Lázaro(1);María Del Carmen Miranda Cid(1);María Del Mar Tolín Hernani(1);Jimena Pérez Moreno(1);Blanca Toledo Del Castillo(1)

(1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón;(2)Hospital General Universitario Doctor Balmis Alicante

---

#### NAVEGANDO LA TORMENTA: MANEJO INTEGRAL DE LA COLITIS ULCEROSA EN UN ADOLESCENTE

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino que afecta a personas de todas las edades, incluidos los niños y adolescentes. En este caso, se presenta el seguimiento de un paciente de 17 años que ha experimentado síntomas característicos de la colitis ulcerosa desde una edad temprana. A lo largo de los años, ha sido sometido a múltiples estudios, tratamientos y seguimientos para controlar su condición. Este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano, el manejo adecuado y el seguimiento continuo en pacientes pediátricos con colitis ulcerosa.

El paciente, en seguimiento desde los 11 años, fue derivado a la consulta externa de digestivo debido a diarreas sanguinolentas, dolor abdominal, pérdida de peso y cansancio. Tras estudios iniciales que revelaron ferropenia con anemia importante, se le inició tratamiento con hierro oral. Posteriormente, se confirmó el diagnóstico de colitis ulcerosa (pancolitis) mediante colonoscopia, con la presencia de *Helicobacter pylori* en la endoscopia alta.

Durante un episodio agudo, el paciente fue ingresado y tratado con corticoides endovenosos, 5-ASA, hierro intravenoso y luego continuó con tratamiento oral. Se realizaron diversos estudios complementarios para evaluar su estado de salud general y la evolución de la enfermedad. A lo largo del seguimiento, el paciente desarrolló síndrome de Cushing secundario a los corticoides, el cual se logró controlar.

En un episodio posterior, ante un brote moderado de la enfermedad, se decidió iniciar tratamiento con corticoides orales, con mejoría significativa en la calprotectina. Sin embargo, la evolución fue complicada y se diagnosticó al paciente como cortico-dependiente, requiriendo la introducción de terapia biológica según protocolo. Tras el tratamiento y seguimiento adecuado, se logró estabilizar al paciente y se dio de alta con pautas de medicación específicas.

El caso presentado resalta la complejidad de la colitis ulcerosa en pacientes pediátricos y la importancia de un enfoque multidisciplinario en su manejo. El diagnóstico precoz, el seguimiento continuo y la adaptación de tratamientos son fundamentales para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El caso también evidencia la necesidad de un monitoreo constante para detectar posibles complicaciones y ajustar la terapia de forma oportuna.

Tacya Suarez(1);Fidel Echeverria(1);Natalia Vargas(1);Luzmey Fernandez(1);Paola Bauza(1)

(1)Hospital Santa Tecla

---

### **CUANDO ALGO NO TE CUADRA, BUSCA LA HORMONA QUE FALTA. CASO CLÍNICO: PANHIPOPITUITARISMO SECUNDARIO.**

#### **OBJETIVO:**

Exponer un caso clínico de insuficiencia suprarrenal que debuto con una clínica anodina (astenia y decaimiento persistente), que no encajaba con el cuadro viral simple que estaba cursando. El diagnóstico de esta patología es un desafío, ya que la sintomatología es difícil de reconocer y las consecuencias son muy graves sin un tratamiento adecuado, por ello es fundamental la sospecha clínica.

Paciente de 8 años con antecedente de astrocitoma supraselar de alto grado con extensión intraventricular, que precisó tratamiento quirúrgico y RT, quedando como secuela una Diabetes Insípida Central (DIC) secundaria, en tratamiento sustitutivo con ADH.

Ingresa en invierno de 2023 por Insuficiencia Respiratoria hipercápnica en contexto de neumonía por gripe A. Durante el ingreso se constata una reducción en las necesidades basales de ADH, con tendencia a hipoglucemia y bradicardia, con deterioro neurológico. A pesar de las correcciones iónicas y mejoría respiratoria, persistía decaimiento del paciente con bradicardia e hipotermia. Se realizó TC craneal urgente sin complicaciones agudas. Dado el antecedente neuroquirúrgico con DIC como secuela, se valoró la posibilidad de asociar un déficit de ACTH y/o GH con el consiguiente aumento de riesgo de hipoglucemias durante los procesos estresantes. Se inicia prednisona con mejoría progresiva posterior. Tras la retirada de corticoides, se realiza test de hipoglucemia compatible con Insuficiencia Suprarrenal Central (déficit de ACTH/CRF) e Hipotiroidismo Central (déficit de TSH/TRH). Por ese motivo se inició tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y con Eutirox con mejoría posterior del estado general.

La insuficiencia suprarrenal crónica puede pasar desapercibida con una clínica anodina, por lo que es crucial mantener un alto grado de sospecha para su diagnóstico. Puede desencadenarse directamente con una crisis aguda durante situaciones de estrés moderado (fiebre, infecciones, traumatismos...) y puede suponer una situación de emergencia. Es importante sospechar esta entidad en pacientes con antecedentes de patología intracraneal y manipulación física de la misma que pueda producir este déficit central.

Tras analizar este caso clínico cabe destacar la importancia de buscar más allá cuando la clínica no coincide con la sospecha inicial, valorando los antecedentes del paciente y tener presente otras posibles causas para encontrar la solución.

Maria Jose Monreal Campos(1);Jose Àngel Guardiola(1);María Pérez Cebrián(1);María Sánchez Pérez(1);Laura Trujeque Camacho(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

---

### Un Ojo en la Tormenta: Manejo Integral de la Celulitis Orbitaria y Dacriocistitis en un Escolar

La dacriocistitis aguda es una infección del sistema de drenaje lagrimal que puede ocurrir como complicación de la obstrucción congénita del conducto nasolagrimal, con mayor incidencia en la población pediátrica, especialmente en el sexo femenino. Generalmente, el agente etiológico más común es el *Staphylococcus aureus*. Sin embargo, en ocasiones, pueden estar implicados otros microorganismos menos habituales, como virus, hongos o bacterias atípicas, que pueden conducir a presentaciones clínicas inusuales.

Un agente etiológico poco frecuente de la dacriocistitis aguda es el virus de Epstein-Barr (VEB), el cual puede ocasionar cuadros de dacriocistitis y celulitis orbitaria como manifestación de un síndrome mononucleósico. El presente caso describe la evolución de un escolar masculino de 7 años que desarrolló una dacriocistitis aguda asociada a una infección por el virus de Epstein-Barr, resaltando la importancia de considerar etiologías virales poco comunes en el diagnóstico diferencial de la dacriocistitis pediátrica.

Un escolar masculino de 7 años consultó por eritema conjuntival de 2 días, tratado con tobramicina. Al tercer día, presentó edema palpebral, dolor y eritema en el ojo derecho, por lo que se indicó amoxicilina/ácido clavulánico. Al día siguiente, el paciente continuaba con dolor ocular. La exploración evidenció aumento de volumen, rubor y dolor intenso en los párpados del ojo derecho, predominantemente en el ángulo interno, con limitación para la apertura ocular. Se realizó una TAC que confirmó el diagnóstico de celulitis orbitaria derecha con absceso en el canto interno. Se ajustó el tratamiento a amoxicilina/ácido clavulánico y metilprednisolona.

Posteriormente, se aisló *Staphylococcus aureus* sensible, pero ante la falta de mejoría, se rotó a vancomicina. Los estudios serológicos revelaron una infección aguda por el virus de Epstein-Barr, compatible con un síndrome mononucleósico. El paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

Este caso clínico resalta la importancia de considerar al virus de Epstein-Barr como un agente etiológico poco frecuente de la dacriocistitis aguda pediátrica, especialmente ante cuadros clínicos atípicos o con evolución tórpida. El manejo multidisciplinario y un alto índice de sospecha clínica son clave para un abordaje integral y oportuno, evitando complicaciones graves.

Fidel Echeverría(1);Maria Echeverría(1);Paola Bauza(1);Natalia Vargas(1)

(1)Hospital Santa Tecla

---

### ESCOLAR CON TORTÍCOLIS. UN ENIGMA CERVICAL

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se presenta el caso de una niña de 9 años con cuadro de tortícolis de etiología inusual, con el fin de destacar la importancia del conocimiento de esta entidad para el adecuado manejo de estos pacientes.

#### RESUMEN DEL CASO

Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por cuadro de adenitis cervical y tortícolis dolorosa de 7 días de evolución. Se inicia tratamiento con cefazolina, clindamicina, antiinflamatorios y corticoesteroides intravenosos. Durante el ingreso cede la fiebre, disminuye el tamaño de la adenopatía y mejora discretamente el dolor, pero persiste

tortícolis rígida llamativa, presentando rotación y flexión cervical derecha, con mentón desviado hacia el lado izquierdo. Se realiza radiografía transoral, no concluyente, y TC cervical compatible con subluxación rotacional atloaxoidea <3 mm (tipo I) o síndrome de Grisel.

Se decide manejo conservador con collarín cervical blando, manteniendo analgesia y antibioterapia. Presenta buena evolución clínica, recuperando por completo la movilidad cervical a las 2 semanas.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El síndrome de Grisel es una subluxación atloaxoidea atraumática con etiopatogenia escasamente establecida, posiblemente debido a una mayor laxitud ligamentosa en relación a un proceso infeccioso de foco otorrinolaringológico, o tras una intervención quirúrgica en cabeza o cuello.

El diagnóstico suele ser clínico, pero precisa confirmación radiológica mediante TC, prueba de elección. La clasificación más aceptada es la de Fielding y Hawkins: los tipos I (subluxación rotacional sin desplazamiento anterior) y II (subluxación rotacional con desplazamiento anterior de 3-5 mm) son los más frecuentes, sin déficit neurológico asociado. Otros tipos más inusuales son el III (subluxación rotacional con desplazamiento anterior >5 mm) y el IV (subluxación rotacional con desplazamiento posterior).

El manejo temprano consiste en inmovilización (con tracción salvo en el tipo I), analgesia y antibioterapia. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando existe afectación neurológica, recidiva tras tratamiento médico adecuado y/o duración superior a 3 meses tras tratamiento conservador.

Debemos sospechar esta etiología infrecuente en el paciente hospitalizado con tortícolis dolorosa persistente asociada a infección otorrinolaringológica, ya que es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar complicaciones graves.

Lucía Romero Imaz(1);Patricia Del Olmo Segura(1);Elvira Cobo Vázquez(1);Ana Martín Moreno(1);Lydia De la Torre Martín(1);Mercedes Bueno Campaña(1);Álvaro Lafuente Romero(1);David Argumán García(1)

(1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón

---

#### LINFADENITIS TUBERCULOSA CERVICAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA ERA DE LA MIGRACIÓN GLOBAL

La linfadenitis tuberculosa se encuentra entre las presentaciones más frecuentes de tuberculosis (TB) extrapulmonar. En la región cervical se conoce como escrófula. Este síndrome también puede ser causado por micobacterias no tuberculosas. La linfadenopatía tuberculosa periférica aislada suele deberse a la reactivación de la enfermedad en un sitio sembrado por vía hematogena durante la infección primaria por tuberculosis (TB) y que ha permanecido latente incluso por años, afectando a las amígdalas, las adenoides y el anillo de Waldeyer, lo que provoca linfadenopatía cervical

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años de edad, que viene a vivir a España en diciembre 2022, quien presentaba cuadro de adenopatía laterocervical de 7 meses de evolución, recibiendo en múltiples oportunidades tratamiento antibiótico con mejoría parcial.

Natural de EEUU en sus primeros 2 meses de vida, residente luego en México hasta noviembre de 2022. Pasa 1 mes de vacaciones en Colombia y llega a España en diciembre 2022. Vacunas completas para la edad sin BCG.

Familiares con enfermedad pulmonar crónica no estudiada atribuidas a procesos ambientales.

Examen Físico: Cuello móvil con presencia de adenopatía submandibular derecha de 4x5 cm, violácea, con leve aumento de temperatura, dolorosa a la palpación, fluctuante en su superficie y adherida a planos profundos.

Ziehl-Neelsen BK urgente: No se observan bacilos ácido-alcohol resistentes.

Quantiferon Gamma B GOLD: 5.85 UI/mL (Infección por M. tuberculosis probable >0.35 UI/mL).

Anatomía Patológica: Adenopatía Submandibular Derecha. PAAF: Extensiones citológicas inflamatorias sin evidencia de neoplasia.

Resultados de Prueba de Tuberculina:

- 48 horas de aplicación: Diámetro de induración (mm): 10.
- 72 horas de aplicación: Diámetro de induración (mm): 12.

Baciloscopia: Tres muestras consecutivas de esputo para cultivo a micobacterias y Ziehl-Neelsen; negativas.

En este caso específico, la linfadenitis tuberculosa cervical (escrófula) fue diagnosticada en un paciente pediátrico con un historial de residencia en múltiples países con alta prevalencia de TB. La persistencia de síntomas a pesar de múltiples tratamientos antibióticos y la evidencia de infección latente por TB a través del test Quantiferon Gamma B GOLD subrayan la importancia de considerar TB extrapulmonar en el diagnóstico diferencial de adenopatías crónicas, especialmente en contextos de migración reciente.

Fidel Ernesto Echeverría Nava(1);Natalia Vargas(1);Fuentes Suarez(1);Claudia Quiroga(2);Paola Bauza(3);Niurka Velazco(3)

(1)H. Santa Tecla;(2)H Santa Tecla;(3)H Santa Tecla

---

## ENCEFALITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

### INTRODUCCIÓN:

El M.pneumoniae es un agente etiológico de manifestaciones respiratorias y extra-respiratorias. La afectación neurológica se presenta en forma de encefalitis, mielitis, neuritis óptica, Síndrome de Guillain-Barré, entre otras.

### RESUMEN:

Niño de 12 años, consulta por cefalea occipital de una semana de evolución, asociando desde hace 48-72h fiebre y vómitos. Valorado en su ambulatorio 24h antes, donde se realiza radiografía de tórax con infiltrado hilar bilateral y se inicia azitromicina. En urgencias presenta episodio de fluctuación del nivel de conciencia, se realiza analítica sanguínea y neuroimagen, ambas sin alteraciones, y punción lumbar que muestra leucorraquia de predominio mononuclear. Se decide ingreso con aciclovir endovenoso, que se suspende a las 24h tras obtener PCR VHS negativas y se inicia antibioterapia con ceftriaxona endovenosa. Presenta PCR en frotis nasofaríngeo positiva para M.pneumoniae, PCR en LCR indetectable. Se realiza vEEG que muestra hallazgos compatibles con encefalitis. Se orienta como meningoencefalitis por M.pneumoniae, correctamente tratada completando 3 dosis de azitromicina y resolución clínica al alta.

Niña de 13 años, consulta por fiebre de 48h, asociando vómitos y cefalea opresiva en las últimas horas. En urgencias presenta episodio de desorientación, rigidez nuchal y tendencia a la somnolencia. Se realiza analítica sanguínea y TAC craneal, sin alteraciones, y punción lumbar con proteinorraquia y leucorraquia leves. Dada la sospecha de meningoencefalitis vírica, ingresa con aciclovir endovenoso. Asocia clínica de broncoespasmo, por lo que recibe tratamiento broncodilatador y azitromicina. Ante disminución progresiva del nivel de conciencia, aparición de



estrabismo y sialorrea, se realiza RMN que muestra lesiones inflamatorias en sustancia blanca, ganglios basales y tronco encefálico. Se traslada a UCI-P para corticoterapia e inmunoglobulinas. Se obtiene resultado positivo de PCR *M.pneumoniae* en muestra respiratoria, siendo negativa en LCR. Se orienta como encefalomiелitis aguda diseminada post-infecciosa, con buena evolución y resolución completa al alta.

#### CONCLUSIÓN:

La encefalitis es una manifestación ocasional de la infección por *M.pneumoniae*. Es importante sospechar esta etiología en casos compatibles clínica o epidemiológicamente, tanto en afectación del SNC directamente relacionada con la infección, como en el daño neurológico derivado de la disregulación inmune secundaria.

Carla Donado-Mazarron Garcia(1); Alicia Suñé Aznárez(1); Laura Fernández Vallespir(1); Marina Pons Espinal(1); Ivan Cano Cámara(1); Mariona Fernández de Sevilla Estrach(1); Juan Jose Garcia Garcia(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## MAS ALLÁ DE UNA INFECCIÓN DE ORINA.CASO CLÍNICO

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El pseudohipoaldosteronismo secundario es una tubulopatía transitoria. Entre sus factores de riesgo destacan uropatías obstructivas, edad temprana y sexo masculino. Es un diagnóstico poco frecuente, habiendo sido descritos 100 casos en todo el mundo. Objetivo: relevancia del diagnóstico y manejo de la hiponatremia grave en el contexto de infecciones urinarias recurrentes y sus posibles complicaciones.

### RESUMEN DEL CASO

Paciente de 1 año con antecedentes de tres infecciones urinarias. El paciente, es derivado a un hospital comarcal debido a vómitos, estancamiento ponderal e irritabilidad de dos semanas de evolución, con urocultivo positivo tratado con cefixima oral. Al ingreso, se detecta hiponatremia grave y acidosis metabólica. Se administra antibioterapia intravenosa y suero hipertónico. Ante la escasa mejoría, se trasladó a la UCIP de hospital de tercer nivel. Una vez estabilizado y en estudio posterior realizado en sala de encamación, se solicitan niveles sanguíneos de renina y aldosterona, siendo ambos elevados. La ecografía renal revela riñón izquierdo malrotado con criterios de DTU P2, sugiriendo un megauréter congénito. Finalmente es diagnosticado de pseudohipoaldosteronismo transitorio secundario a infección de orina con criterios de gravedad por uropatía presente. Buena respuesta a tratamiento antibiótico intravenoso y normalización de la hiponatremia. Tras el alta, el paciente comienza seguimiento trimestral en nefrología pediátrica con buena evolución.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El pseudohipoaldosteronismo secundario se caracteriza por una baja expresión o aumento de resistencia al receptor de aldosterona, presentando deshidratación, hiperkalemia, hiponatremia y acidosis metabólica. Su curso clínico es generalmente asintomático y transitorio, resolviéndose con el tratamiento de la infección urinaria.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial y una anamnesis exhaustiva ante un paciente con hiponatremia grave. Las posibles causas de hiponatremia incluyen procesos gastrointestinales, trastornos pulmonares u oncológicos, cirugías recientes, alteraciones del sistema nervioso central, endocrinopatías, y toma de ciertos medicamentos. La identificación de la causa es crucial para evitar consecuencias graves como alucinaciones, disminución de la conciencia, convulsiones y coma. En este caso, el tratamiento oportuno y adecuado de la infección urinaria fue esencial para la resolución de la hiponatremia, subrayando la importancia de considerar infecciones urinarias graves como una posible causa de pseudohipoaldosteronismo transitorio secundario

Inés García Cáceres(1);Inés Vico Marín(1);Laura Pilar Marín López(1);Paula Del Santo Fernandez(1);Silvia Ortega Varga(1). (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

---

## **FIEBRE PROLONGADA, UN RETO DIAGNÓSTICO.**

### **INTRODUCCIÓN:**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica con un 20% de casos de debut durante la infancia, presentando en este periodo un mayor grado de actividad inflamatoria, que condiciona una afectación sistémica más grave y un peor pronóstico.

### **CASO CLÍNICO:**

Niño de 6 años, con antecedentes de síndrome de Mowat Wilson y epilepsia de difícil control con inicio reciente de tratamiento con etosuximida. Ingresa por fiebre de 14 días de evolución con adenopatías y rash cutáneo. A nivel analítico, destaca inicialmente anemia normocítica sin datos de hemolisis y eosinofilia. Ante estos hallazgos y la sospecha de síndrome de DRESS, se retira el tratamiento con etosuximida y se inicia clobazam. A pesar de la retirada del fármaco, persiste febril con aparición progresiva de síndrome leuco-eritroblástico en sangre periférica, plaquetopenia, aumento de marcadores inflamatorios (PCR, ferritina, VSG) y proteinuria en rango nefrótico. Se solicita estudio de enfermedades auto-inflamatorias y se realiza aspirado de médula ósea que no muestra malignidad ni datos de hemofagocitosis. Durante el ingreso presenta aparición de una lesión amigdalilar unilateral con fondo necrótico por lo que se amplía el estudio con PET-TC que muestra adenopatías generalizadas con SUVMax 8.77. Por otro lado, presenta progresión a plaquetopenia grave, orientada como púrpura trombocitopénica inmune, con sangrado activo a nivel otorrinolaringológico que precisa de tratamiento con megabolo de corticoides e infusión de inmunoglobulinas, presentando mejoría posterior de las cifras plaquetarias. Se reciben resultados analíticos donde destaca hipocomplementemia y positividad para ANA, anti-DNA, anti-b2 glucoproteína y anticardiolipina. Ante la sospecha de LES con afectación renal, se realiza biopsia renal que evidencia alteraciones compatibles con nefritis lúpica grado V, además de amigdalectomía bilateral por lesiones descritas previamente, que no muestra alteraciones ni datos de malignidad. Se inicia tratamiento específico para el LES, incluyendo corticoterapia, tacrolimus, micofenolato de mofetil e hidroxiclороquina con buena evolución posterior.

### **CONCLUSIÓN:**

Ante un paciente con fiebre prolongada, rash y afectación hematológica y/o renal hay que considerar el LES en el diagnóstico diferencial. El inicio precoz del tratamiento específico reduce la actividad inflamatoria, previniendo de esta forma la progresión del daño orgánico y evitando complicaciones derivadas.

A Daniel Calveras(1);L Fernandez Vallespin(1);N.L Castillo Giron(1);M Melé Casas(1);C Launes Montaña(1);J.J Garcia Garcia(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## **¿PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA O ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA?**

### **INTRODUCCIÓN:**

El síndrome poliendocrino autoinmune tipo 1 (APECED) es una enfermedad minoritaria de herencia autosómica recesiva. Las manifestaciones más comunes son: candidiasis mucocutánea crónica, insuficiencia suprarrenal e hipoparatiroidismo. Suele presentarse vitíligo, alopecia, asplenia, neumonitis, gastritis, anemia perniciosa, disfunción intestinal, nefritis y hepatitis. La frecuencia de la enfermedad es de 1:90.000 – 200.000 personas y no tiene un tratamiento curativo. Se ha descrito un aumento de la mortalidad significativo de estos pacientes, ocurriendo la

mayoría antes de los 45 años. Las causas más comunes incluyen hipocalcemia, crisis suprarrenal, carcinoma de células escamosas, hepatitis aguda e infecciones.

#### RESUMEN DEL CASO:

Mujer de 7 años diagnosticada a los 13 meses de vida que le condiciona hipoparatiroidismo con hipocalcemia en tratamiento con bomba subcutánea de infusión continua de hormona paratiroidea, insuficiencia adrenal en tratamiento con hidrocortisona subcutánea cada 8 horas y fludrocortisona oral, insuficiencia pancreática exocrina en tratamiento substitutivo con pancreatina oral, candidiasis mucocutánea crónica, hepatitis autoinmune en tratamiento con azatioprina oral, alopecia, dismotilidad intestinal con sospecha de malabsorción que le condiciona malabsorción de medicación oral habitual con repercusión en forma de crisis adrenales, sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado en tratamiento empírico con antibióticos orales, malnutrición con estancamiento ponderal con pauta de alimentación restringida, enteropatía autoinmune en tratamiento con terapia biológica con ruxolitinib y artritis idiopática juvenil resuelta. Asimismo, administran suplementos y aportaciones de iones pautados. La paciente es portadora de un catéter venoso central y dispone en el domicilio de un dispositivo para realizar gasometrías sanguíneas. Las capacitaciones enfermeras que se han realizado previo al alta son: realización e interpretación de los valores de gasometría y actuación, preparación y administración de hidrocortisona subcutánea, detección de síntomas que precisen hidrocortisona de estrés intramuscular y su preparación y administración. Se ha realizado coordinación con su centro de atención primaria, hospital comarcal y escuela, disponen del plan de intervención individualizado compartido de la paciente.

#### CONCLUSIONES:

Los cuidados enfermeros y capacitaciones que la madre, cuidadora principal y única, ha precisado para evitar la hospitalización y favorecer una estancia segura en domicilio han sido numerosos. La tecnificación en el manejo de las enfermedades minoritarias es posible, pero ¿plausible?

Mónica Alcázar Carriba(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

---

### ABSCESSO HEPÁTICO NEONATAL, UN HALLAZGO INFRECIENTE

#### INTRODUCCIÓN:

El absceso hepático es una entidad rara pero potencialmente fatal durante el período neonatal. A continuación, se describe la presentación, evolución clínica, ultrasonográfica y manejo terapéutico de un caso de absceso hepático detectado en un neonato de 20 días de edad.

#### CASO CLÍNICO:

Paciente de 20 días de vida sin antecedentes perinatológicos relevantes, consulta por cuadro de 3 días de distensión abdominal, hiporexia y ausencia de deposiciones, acompañado de febrícula. Inicialmente, se realiza análisis de orina con sedimento patológico y urocultivo, punción lumbar (PL) con muestra sólo para cultivo y análisis de sangre que muestra elevación de reactantes de fase aguda (RFA). Se inicia antibioterapia con ampicilina y cefotaxima intravenosa a dosis meníngeas. Ante la falta de mejoría clínica, marcada distensión abdominal y aumento progresivo de RFA, se traslada al paciente a nuestro centro.

A su llegada, es ingresado en la UCIP para monitorización. Se amplía el espectro de antibioterapia a vancomicina y ceftazidima. La ecografía abdominal inicial muestra distensión de asas intestinales sin otros hallazgos patológicos.

Cirugía descarta abdomen agudo quirúrgico y realiza estimulación rectal con salida de material fecal y mejoría de la distensión abdominal. El urocultivo cursado en centro emisor (no estéril) revela crecimiento de E. coli multisensible.

Con la sospecha diagnóstica de urosepsis y la realización de una nueva PL con bioquímica normal, se optimiza la antibioterapia a ceftriaxona intravenosa.

Se realiza una nueva ecografía abdominal de control que detecta una imagen sugestiva de absceso hepático subcapsular de 13x6 mm de diámetro. Se añade metronidazol al tratamiento y se realiza PAAF ecoguiada del absceso, obteniendo muestra para análisis microbiológico que muestra crecimiento de E. coli y B. fragillis, ambos sensibles a amoxicilina-clavulánico. Se descarta enfermedad granulomatosa crónica mediante estudio inmunológico.

Desde el drenaje, el paciente recibe 21 días de tratamiento intravenoso optimizado con amoxicilina-ácido clavulánico, logrando resolución clínica y ecográfica completa.

Conclusión: La baja prevalencia del absceso hepático neonatal se constata en una ausencia de bibliografía reciente y falta de guías específicas para su manejo. El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinar e individualizado pueden mejorar significativamente el pronóstico de esta entidad clínica.

P Sarrias Ferrer(1);M Farràs Riu(1);M Pons Espinal(1);R Pino Ramírez(1);M Rios Barnes(1);M Gonzalez Salvador(1);E Ladera Gonzalez(1);C Gonzalez Grado(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu - Barcelona

---

## "MÁS ALLÁ DEL SÍNCOPE: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE BRUGADA EN UN ADOLESCENTE"

El síndrome de Brugada, descrito por primera vez en 1992, se caracteriza por un patrón electrocardiográfico específico en precordiales derechas y una predisposición a arritmias ventriculares y muerte súbita. Se clasifica como una canalopatía, un trastorno eléctrico primario sin cardiopatía estructural concomitante. El diagnóstico se basa en el ECG y a veces requiere pruebas de provocación.

### CASO CLÍNICO

Adolescente masculino de 14 años con episodios de cansancio al esfuerzo, mareos y sensación de desvanecimiento durante el entrenamiento de fútbol, inicialmente diagnosticado con síncope vasovagal inducido por el esfuerzo. El examen físico no mostró alteraciones.

**\*\*ECG:\*\*** Sinusal, bloqueo de rama derecha del haz de His (BIRDHH), elevación del segmento ST, sospecha de patrón tipo 3 de Brugada, aunque no definitivo. Dada la sospecha de taquiarritmia y un patrón ECG sugestivo de Brugada, se decidió realizar un test farmacológico y un estudio electrofisiológico.

### Procedimiento

**\*\*Test de Ajmalina:\*\***

- ECG de base en ritmo sinusal sin patrón de Brugada.
- Bajo monitorización, se administró Ajmalina (1mg/kg) por vía periférica en 10 minutos.
- Dos minutos después de la infusión, el ECG mostró ensanchamiento del QRS con elevación del segmento ST de más de 2 mm en precordiales, confirmando un test positivo.

**\*\*Estudio Electrofisiológico:\*\***

- La estimulación auricular descartó vías accesorias y doble fisiología nodal, sin inducir arritmias supraventriculares.
- La estimulación ventricular mostró disociación VA decremental.
- Se realizó el protocolo de estimulación Maastricht hasta tres extraestímulos sin inducir arritmias ventriculares.

Tras el diagnóstico positivo, se realizó un estudio familiar que resultó positivo en un hermano, padre y tíos, con diagnóstico retrospectivo de abuela materna fallecida en edad adulta joven por causa desconocida.

## CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de considerar diagnósticos graves en episodios sincopales, especialmente durante el esfuerzo físico. El síndrome de Brugada es un trastorno genético que causa cambios electrocardiográficos específicos y aumenta el riesgo de arritmias ventriculares, síncope y muerte súbita a edades tempranas. Factores de riesgo incluyen fiebre y diversos fármacos, incluido el alcohol. Es crucial mantener una vigilancia estrecha y un diagnóstico temprano para prevenir complicaciones potencialmente fatales.

Fidel Ernesto Echeverría Nava(1);J Crusalegui(2);GEORGIA Sarquella-Brugada(2)

(1)H. SANTA TECLA;(2)H SANT JOAN DE DEU

---

## MIGRAÑA HEMIPLÉJICA FAMILIAR: UN RETO DIAGNÓSTICO

### INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma frecuente en pediatría. Su asociación a focalidad neurológica plantea un desafío diagnóstico y obliga a realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial, dentro del cual encontramos la migraña hemipléjica familiar (MHF).

### CASO CLÍNICO

Niña de 11 años, con antecedente de DM tipo 1 y antecedentes en familia paterna de migraña, que consulta a urgencias por cefalea intensa, debilidad motora, alteración del lenguaje y de la visión de 2 horas de evolución. Niegan consumo de tóxicos, traumatismos, fiebre u otra sintomatología.

A la exploración presenta TEP inestable, constantes en rango, bradipsiquia, pérdida de fuerza a nivel de MSD, hemianopsia homónima derecha completa y apraxia y afasia de expresión. Se activa código ictus, solicitando angioTAC, TAC perfusión y TAC sin contraste, que resultan normales. Se realizan tóxicos en orina y analítica sanguínea sin alteraciones.

Ingresa en UCI donde se realiza punción lumbar, con bioquímica de LCR normal y tinción gram negativa. Se inicia Aciclovir a espera de resultado de PCR víricas, además de Levetiracetam. La paciente presenta mejoría de la clínica neurológica en las primeras 12 horas, persistiendo bradipsiquia y cefalea frontal, con evolución progresivamente favorable.

Se solicita RMN craneal, de columna y estudio de anticuerpos en sangre y LCR, sin hallazgos. Se realiza EEG en vigilia que muestra asimetría interhemisférica a expensas del hemisferio izquierdo, con mejoría progresiva en sucesivos EEG de control. A los 3 días se obtiene cultivo y virus en LCR negativos, suspendiendo entonces Aciclovir. Revisando antecedentes familiares, observamos que la migraña de su padre en ocasiones se acompaña de parestesias y debilidad en miembros, por lo que se solicita estudio genético de migraña hemipléjica familiar, resultando portadora de una variante del gen ATP1A2, compatible con migraña hemipléjica familiar tipo II.

### COMENTARIOS

La MHF es un subtipo poco frecuente de migraña con aura que se caracteriza por crisis migrañosas asociadas a trastornos motores, sensitivos, visuales y del lenguaje, entre otros. Es más prevalente en mujeres y su inicio es

frecuente en la adolescencia. Sus criterios diagnósticos son clínicos, necesitando pruebas complementarias para descartar otras causas. El diagnóstico de confirmación lo aporta el estudio genético.

Marina Lara García(1);Rosa María González Rodríguez(1);Marta Galices García(1);Andrea Campo Barasoain(1);Rocío Risquete García(1)

(1)Hospital Universitario Virgen Macarena

---

## DIAGNÓSTICOS EN LA LUDOTECA

### INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

La humanización en pediatría es fundamental para garantizar que los niños y sus familias reciban un trato cálido, empático y respetuoso durante su atención médica. Esto implica no solo brindar cuidados médicos de calidad, sino también tener en cuenta las necesidades emocionales, sociales y psicológicas de los pacientes pediátricos.

Esto implica escuchar activamente sus preocupaciones, involucrarlos en las decisiones sobre su atención médica, y crear un ambiente acogedor y seguro en el entorno hospitalario. La humanización también implica promover la comunicación efectiva entre el personal médico, los pacientes y sus familias, y fomentar una relación de confianza mutua.

### RESUMEN DEL CASO:

Presentamos dos casos clínicos en los que la humanización ayudó al diagnóstico /exclusión de patología orgánica.

Caso 1: niño que ingresa por un cuadro de cefalea brusca con sensación de mareo e inestabilidad con la bipedestación. Se realizaron múltiples pruebas complementarias para descartar organicidad y fue valorado por diferentes especialistas sin hallarse alteración. Durante su ingreso, mientras el paciente se encontraba en ludoteca, se comprobó que la clínica desaparecía pudiendo confirmar así que la sintomatología era funcional.

Caso 2: paciente que presenta déficit motor y sensitivo en miembros inferiores ingresa para estudio. En el proceso de diagnóstico diferencial se realizan diferentes pruebas clínicas y de imagen descartándose organicidad. Durante el ingreso la exploración neurológica fue completamente normal pero la niña refería dificultad en la marcha por "molestias en las piernas" y esta clínica se acentuaba cuando la madre estaba presente o se sentía observada. En contexto de jornadas lúdicas organizadas por asociación de pacientes, la paciente recuperó la marcha de manera espontánea.

### CONCLUSIONES:

Una asistencia humanizada contempla al paciente de una manera íntegra, teniendo en cuenta toda la esfera bio-psico-social del mismo. El poder ofrecer este tipo de asistencia, junto con los espacios para ello, no solo ayudan al paciente y familia en su proceso de curación, sino que, en ocasiones, como en nuestros dos casos, ayuda al proceso diagnóstico.

La asistencia humanizada ha demostrado una mayor supervivencia, mejor adherencia a los tratamientos, mejor uso de servicios sanitarios, menor número de eventos adversos y mayor compromiso en la gestión de la propia salud.

Asal El Uardani Mohammed(1);Ana Gámez Belmonte(1);Laura Pilar Marín López(1);Esperanza Orti Morente(1);Ana García Moral(1);Laura Trujillo Caballero(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves

---

## OSTEOPETROSIS INFANTIL MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

### INTRODUCCIÓN:

La osteopetrosis infantil maligna (OMI), es una displasia ósea de herencia autosómica recesiva (AR) con afectación de la remodelación y aumento de densidad ósea por una disfunción de osteoclastos. Causa complicaciones como aplasia medular, visceromegalia, alteraciones óseas y del metabolismo fosfocálcico y disfunciones del sistema nervioso. El TPH se considera el único tratamiento curativo disponible, contraindicado en pacientes con mutaciones con riesgo neurodegenerativo asociado (mutación en *OSTM1*, *CLCN7* y *ANKL*).

### CASO CLÍNICO:

Se presenta un caso de una lactante de 2 meses diagnosticada de osteopetrosis maligna infantil AR con mutación en *TCIRG1*.

Paciente derivada por aumento de perímetro craneal, ojos en sol poniente y movimientos oculares anormales, fenotipo peculiar con hipertelorismo, frente prominente, fontanela anterior amplia y hepatoesplenomegalia. Analíticamente, presentaba bicitopenia con anemia y plaquetopenia junto con leucocitosis significativa y alteraciones en el metabolismo fosfocálcico con hipocalcemia e hipofosfatemia. Al ingreso, se realizó aspirado de médula ósea, descartándose infiltración neoplásica. Serie ósea esquelética objetivó anomalías óseas compatibles con displasia ósea de tipo osteopetrosis, concordantes con resto de hallazgos clínico-analíticos. Estudio genético con exoma confirmó mutación en el gen *TCIRG1*, variante causante de OMI. Dicha mutación conlleva bajo riesgo neurodegenerativo, siendo estos pacientes candidatos para recibir TPH. Se inició tratamiento con glucocorticoides orales como terapia puente al TPH.

Previo al TPH, como principal complicación a nivel hematológico presentó aplasia medular dependiente de transfusiones de plaquetas y hematíes. A nivel neurológico, RMN cerebral mostró aumento de espacio extraaxial con sistema ventricular prominente, sin hidrocefalia, y quiasma óptico adelgazado. Potenciales evocados visuales confirmaron la sospecha diagnóstica de ceguera bilateral irreversible. Asimismo, recibió aportes de calcio, vitamina D y fosfato, manteniéndose asintomática a este nivel. A nivel infeccioso, presentó primoinfección por citomegalovirus y posible neumonitis secundaria, consiguiendo control de la carga viral tras inicio de antivirales específicos.

### CONCLUSIONES:

La OMI es una entidad poco frecuente, pero de curso potencialmente fatal por las múltiples complicaciones secundarias a la disfunción en la osificación. El único tratamiento curativo es el TPH, estando supeditado al gen alterado y a la disponibilidad en cada centro, por lo que su accesibilidad es limitada.

Adrià Martos Utande(1);Claudia Alcaraz Soler(1);David Foz Felipe(1);Rosa Maria Pino Ramirez(1);Raquel Garcia Romero(1);Maria Tabazo del Castillo(1);Pablo Estival Monteliu(1);Paula Casano Sancho(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA: MANEJO INTEGRAL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

### INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis aguda en pediatría ha aumentado su incidencia a raíz del avance en el diagnóstico con la aplicación de los criterios INSPPIRE. Las complicaciones son frecuentes en esta población (34%) asociando importante morbimortalidad.

Presentamos el caso de una adolescente con pancreatitis aguda grave que precisó un manejo integral y poco usual por sus complicaciones multisistémicas.

#### RESUMEN DEL CASO:

Mujer de 14 años sin antecedentes que consulta por vómitos biliosos y dolor en hemiabdomen superior. No asociaba síndrome miccional, traumatismo, ingesta de tóxicos/fármacos, fiebre o coluria/acolia. La paciente presentaba hipotensión (p5), deshidratación e ictericia con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

Destacaba amilasa 2951 U/L, lipasa 16873 U/L, patrón de hepatitis colestásica, LDH 514 U/L, albúmina 3.1g/dl, iones normales; creatinina 1.35mg/dl (previa 0.48mg/dl); leucocitosis, neutrofilia, PCR 215mg/L, procalcitonina 0.61ug/L; INR 1.35, Dímero D 5943ng/m; estudio lipídico normal. La ecografía confirmaba pancreatitis con colelitiasis, colecistitis y colédoco dilatado. CPRE que descartó obstrucción biliar.

Al ingreso presenta hipovolemia, oliguria y daño renal, requiriendo expansiones con soluciones balanceadas (total 3 litros), y edema pulmonar precisando iniciar oxigenoterapia. Se inició piperacilina-tazobactam; posteriormente ciprofloxacino y metronidazol oral completando 10 días. Se mantuvo 5 días con nutrición parenteral, iniciándose al tercer día dieta hipo-grasa con regular tolerancia inicial.

Al cuarto día presenta dificultad respiratoria brusca con febrícula confirmándose en angioTAC derrame pleural con atelectasia bibasal, engrosamiento duodenal y ascitis. Se descartó tromboembolismo pulmonar y necrosis/colecciones peripancreáticas. Se controló con restricción hídrica, furosemida y albúmina.

Presentó dolor moderado-grave que precisó PCA de fentanilo y metamizol en infusión continua y bolos de rescate. Recibió enoxaparina profiláctica por coagulopatía y encamamiento hasta iniciar deambulación.

Tras mejoría analítica, resolución del dolor e insuficiencia respiratoria, recibe alta con ácido ursodesoxicólico hasta realización de colecistectomía programada.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Las recomendaciones de las guías actuales extrapolan la experiencia de adultos y resultan insuficientes para el manejo de las complicaciones multisistémicas en pediatría. Este caso aporta un enfoque integral de las mismas destacando un manejo poco habitual dado el empleo de antibioterapia precoz y retraso de inicio de nutrición enteral, justificado por el riesgo de colangitis asociada e inestabilidad clínica.

Alicia Fernández González(1);Laura Hernández Sabater(2);Laura De La Sen De La Cruz(1);María Del Mar Tolín Hernani(1);María Del Carmen Miranda Cid(1);Ana Belén Martínez López(1);Jimena Pérez Moreno(1)

(1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón;(2)Hospital General Universitario Doctor Balmis Alicante

---

#### INFECCIÓN URINARIA POR MICROORGANISMOS INFRECIENTES: UN CASO DE SALMONELLA

Las infecciones por *Salmonella* suelen cursar como gastroenteritis, siendo raro su aislamiento en infecciones urinarias. Se presenta el caso de una niña con pielonefritis aguda con desarrollo de microabscesos, causada por *Salmonella enterica*.

Escolar de 13 años, con antecedentes de malformación anorrectal baja, riñones en herradura y vejiga neurógena, que consultó en urgencias por fiebre de pocas horas de evolución. El sedimento de orina mostró piuria y bacteriuria, con analítica sanguínea anodina, por lo que fue dada de alta con cefixima oral. Regresó a los dos días por persistencia de la fiebre, comprobándose aumento de los reactantes de fase aguda y crecimiento en el urocultivo previo de *Salmonella enterica*, por lo que ingresó para recibir ceftriaxona intravenosa.



La función renal se mantuvo conservada. Se realizó una ecografía al quinto día con signos de pielonefritis izquierda, y al octavo día, con detección de microabscesos. Los hemocultivos y coprocultivos fueron negativos. La fiebre fue disminuyendo y los parámetros analíticos mejoraron, permitiendo el alta tras 10 días y completando 21 días de antibiótico ambulatorio.

#### COMENTARIOS

Las infecciones urinarias por *Salmonella* son muy raras, con una prevalencia de 0.015%-0.9%. Son más comunes en menores de 3 y mayores de 60 años, especialmente en pacientes inmunodeprimidos, con enfermedades crónicas, litiasis renales o anomalías estructurales urinarias. La gastroenteritis concomitante por *Salmonella* puede aumentar el riesgo, aunque en nuestro caso el coprocultivo fue negativo.

El mecanismo patogénico más frecuente es la diseminación retrógrada a través de la uretra o, en pacientes inmunodeprimidos, la diseminación hematógena. Algunos estudios sugieren que, tras una infección, *Salmonella* puede permanecer acantonada en macrófagos durante largos periodos.

En los pacientes pediátricos con infección urinaria por *Salmonella*, está descrita en ocasiones la formación de abscesos renales. Es inusual el desarrollo de insuficiencia renal, y suele asociarse a deshidratación, shock o rabdomiólisis.

El tratamiento antibiótico debe ser prolongado (21 a 42 días) para prevenir recaídas, utilizando cefalosporinas de tercera generación o fluorquinolonas.

Dado lo inusual del caso y el riesgo de complicaciones y recaídas, la descripción detallada de las infecciones urinarias por *Salmonella* nos permite mejorar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

María Sánchez Pérez(1); José Carlos Morote Ruiz(1); Alba Giménez Pérez(1); Cristina De la Torre Sandoval(1); Cristina Bienert Groetsch(1); Elena Párraga Pagán(1); Xènia Claver Pros(1); Rocío Pérez Crespo(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## INSTAURACIÓN DE DIETA CETOGÉNICA COMO TRATAMIENTO DE CRISIS EPILÉPTICAS REFRACTARIAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD CRÓNICO-COMPLEJA Y NECESIDADES PALIATIVAS

### INTRODUCCIÓN:

La dieta cetogénica es usada como tratamiento de la epilepsia refractaria a terapia farmacológica provocando la reducción de la excitabilidad y el disparo neuronal y la estabilización de la función sináptica. Se trata de una dieta alta en grasas, baja en carbohidratos y proteínas moderadas.

### OBJETIVOS:

Presentar y describir la utilidad de la dieta cetogénica, así como desarrollar los principales cuidados de enfermería durante la hospitalización del paciente.

### RESUMEN DEL CASO:

El caso a estudio se trata de un paciente pediátrico, varón de 12 años, que ingresa de forma urgente tras valoración en consulta de patología crónica y complejidad por descompensación epiléptica. No foco infeccioso desencadenante. Peso 36,2 Kg.

Diagnósticos actuales: Encefalopatía crónica no progresiva atribuible a duplicación MECP2, tetraparesia flácida, síndrome hipotónico y epilepsia generalizada sintomática.

Tratamiento crónico: vigabatrina, valproato sódico y lamotrigina.

En el tercer día de ingreso se valora el inicio de la dieta cetogénica clásica con ratio 3:1 y 1300 Kcal, con una instauración progresiva en 3-4 días hasta instauración completa.

A lo largo de los días de ingreso van disminuyendo las crisis en frecuencia e intensidad, hasta alcanzar en el día 11 de ingreso la desaparición completa de las crisis.

Diagnóstico de enfermería: [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable.

NOC: [2300] Nivel de glucemia

NIC: [2130] Manejo de la hipoglucemia

-Vigilar la glucemia. Se monitorizó cada 8 horas la glucemia y la cetonemia capilar, con el objetivo de alcanzar niveles de acetona séricos entre 2,4 y 5 mmol/L y glucemias superiores a 55-60 mg/dl.

-Administrar hidratos de carbono simples en el caso de presentarse una glucemia inferior a 50 mg/dl, adelantando la toma próxima o dando 100 ml de hidratos de carbono simples (zumo) por la gastrostomía. Si menos de 45 mg/dl o con síntomas neurológicos se administrarían 2,5 ml/kg de suero glucosado al 10% de forma intravenosa.

#### CONCLUSIONES:

Se ha demostrado que las diferentes dietas cetogénicas son eficaces contra la epilepsia refractaria infantil. Los efectos adversos son frecuentes pero leves y fácilmente tratables y los pacientes deben llevar un seguimiento estrecho por parte de profesional sanitario especializado y cualificado.

Paloma Vivancos Medina(1);Laura Galant Pérez(1);Teresa Bonanad Carrasco(1);María del Mar Moreno Sánchez(1);Ana Lorente Beltrán(1);Naila Palazón Nieto(1);Cristina Molina Ruiz(1);Alexis Martínez Cornet(1)

(1)Hospital universitario Virgen de la Arrixaca

---

## NEUMONÍA NECROTIZANTE: CUANDO LA COSA SE COMPLICA

### INTRODUCCIÓN

La neumonía necrotizante (NN) es una complicación grave de la neumonía adquirida en la comunidad caracterizada por extensa destrucción y licuefacción del tejido pulmonar con pérdida de la arquitectura normal del parénquima. Estudios retrospectivos muestran una tendencia al alza en las últimas décadas, debido a factores aún por determinar, siendo los anaerobios y el *Streptococcus pneumoniae* los patógenos más frecuentemente implicados.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 3 años, previamente sana, con una neumonía de evolución tórpida que precisó varios ingresos hospitalarios.

- Cuadro inicial de fiebre hasta 39°C, dolor abdominal y tos. Exploración física con hipoventilación en base izquierda, polipnea y desaturación. Radiografía de tórax con condensación incipiente en lóbulo inferior izquierdo (figura A); en ecografía a pie de cama: condensación con derrame pleural de máximo 1.5 cm. Ingresa para antibioterapia iv con ampicilina, con muy buena evolución, siendo dada de alta a las 48h con amoxicilina oral.

- Reconsulta a las 24h por dificultad respiratoria. Empeoramiento analítico y ecográfico, con aumento del derrame a 2.2 cm y aspecto trabeculado. Antigenuria de neumococo negativa. Ingresa con cefotaxima iv y se realiza toracocentesis con colocación de drenaje pleural durante 4 días, con escaso débito. La Rx de tórax de control muestra derrame pleural organizado (figura B) bien tolerado por la paciente, por lo que es alta con amoxicilina oral durante 4 semanas.
- Nuevo ingreso dos semanas después por reaparición de fiebre. Ante evolución tórpida se realiza TC torácico donde se detecta absceso intrapulmonar de 6 x 6.5 x 3.5 cm (figuras C y D), el cual se drena quirúrgicamente y se conecta a aspiración durante 8 días (salida de abundante líquido purulento). Recibe antibioterapia con cefotaxima y clindamicina iv, que sustituimos por metronidazol tras aislamiento en cultivo del absceso de *Streptococcus intermedius* y *Fusobacterium nucleatum*. Tras buena evolución, completa 4 semanas de antibioterapia iv domiciliaria sin nuevas incidencias.

#### CONCLUSIONES

La NN asocia elevada morbilidad y estancias hospitalarias prolongadas. Resulta esencial un alto índice de sospecha ante aquellas neumonías con evolución clínica y/o radiológica desfavorables, pues el tratamiento precoz tiene impacto en el pronóstico y complicaciones posteriores.

Carmen Abreu Fernández(1);Cristina Montero Valladares(1);Francisco de Borja Croche Santander(1);Macarena Anchoriz Esquitino(1)

(1)Hospital Universitario Virgen del Rocío

---

#### OSTEOPOROSIS INFANTIL SECUNDARIA: DEBEMOS ADELANTARNOS.

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La osteoporosis infantil es una patología cada vez más prevalente, probablemente debido al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Puede tener un origen primario o, más frecuentemente, secundario. Las causas de osteoporosis secundaria son múltiples, encontrándose entre ellas las enfermedades neurológicas que condicionan inmovilización prolongada.

Como objetivo queremos incidir en la importancia de la prevención en pacientes susceptibles de desarrollar osteoporosis secundaria.

##### RESUMEN DEL CASO:

Niña 5 años ingresada en contexto de cuadro febril e inflamación progresiva de muslo izquierdo, con diagnóstico casual de fractura de diáfisis distal de fémur tras fisioterapia, sin traumatismo previo. Asociaba infección urinaria por *E. coli*. Afecta de mielomeningocele e hidrocefalia obstructiva valvular con derivación ventriculoperitoneal, retraso psicomotor y paresia de miembros inferiores. Vejiga neurógena hiperrefléxica. Medicación habitual con oxibutinina vía oral, no otros tratamientos.

Durante el ingreso se realiza inmovilización de fractura con yeso cerrado y antibioterapia, con buena evolución. Ante fractura de estrés y antecedentes personales se amplía estudio sanguíneo y urinario donde destaca niveles séricos de vitamina D disminuidos (iniciándose colecalciferol y calcio oral) y densitometría ósea con Z score de -8. Se programa inicio de bifosfonatos intravenoso, presentando antes de la primera dosis nueva fractura de estrés. Evolución favorable posterior con mejoría en densitometría.

##### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Los pacientes con patologías crónicas de riesgo, especialmente aquellos con patologías neurológicas que limitan la movilidad, presentan un desequilibrio en la mineralización ósea a favor de la resorción, como consecuencia de la

reducción de fuerzas mecánicas aplicadas al hueso. La disminución de la masa ósea es asintomática, apareciendo los síntomas en fases avanzadas, con la aparición de fracturas.

Consideramos fundamental el cribado y prevención de osteoporosis en pacientes con factores de riesgo, debiendo asegurarse unos niveles de calcio y vitamina D adecuados. En aquellos pacientes con criterios de osteoporosis pediátrica (Zscore  $\leq$  2 + fractura patológica o fracturas vertebrales independientemente del Zscore), a pesar de no estar en ficha técnica, se recomienda el uso de bifosfonatos para aumentar la densidad mineral ósea y disminuir el riesgo de nuevas fracturas.

Esperanza Orti Morente(1);Ana García del Moral(1);Laura Trujillo Caballero(1);Inés Vico Marín(1);Inés García Cáceres(1)

(1)Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves

---

## EL FEOCROMOCITOMA COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

### INTRODUCCIÓN:

Se considera fiebre de origen desconocido (FOD) la presencia de fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) durante  $>8$  días y en que se ha realizado una anamnesis, exploración física y exámenes complementarios iniciales sin diagnóstico aparente. Las infecciones constituyen la primera causa de FOD, pero si persiste la fiebre en ausencia de foco hay que ampliar estudio a otras posibles etiologías.

### RESUMEN DEL CASO:

Paciente de 5 años con antecedente de trastorno del espectro autista (TEA) que consulta en urgencias por fiebre de 11 días de evolución, sin otra sintomatología y exploración física normal. Se solicita analítica de sangre que muestra leucocitosis (20.6 mil/mmcc) y elevación de PCR (137mg/L) sin otras alteraciones, sedimento de orina (negativo) y radiografía de tórax (normal). Se decide iniciar ceftriaxona endovenosa e ingreso para estudio de FOD.

En planta de pediatría, se confirma fiebre diaria durante el ingreso. En estudio de FOD se incluyen: prueba de la tuberculina (negativa), cultivo de frotis amigdalares (negativo), PCR en sangre de CMV, VEB, adenovirus, enterovirus y parvovirus (negativos) y cultivos de sangre, orina y heces (negativos). Completa 5 días de tratamiento con ceftriaxona a la espera de cultivos definitivos.

Durante el ingreso destaca sudoración excesiva del paciente. Se realiza control diario de constantes en la que destaca hipertensión mantenida con cifras por encima del percentil 99 para edad y talla. Se completa estudio con ecocardiografía que muestra hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo, posiblemente secundaria a HTA y ecografía abdominal que muestra una lesión paraórtica izquierda en región suprarrenal y estudio de nefrinas en plasma que resultan positivas. Se amplía estudio con angioTC que objetiva lesión sugestiva de feocromocitoma y PET-DOTA que descarta extensión de enfermedad.

Se inicia tratamiento antihipertensivo con amlodipino y nifedipino, y posteriormente, se pauta doxazosina. Tras conseguir buen control tensional, se realiza suprarrenalectomía izquierda sin incidencias. El análisis anatomopatológico confirma el diagnóstico de feocromocitoma.

### CONCLUSIONES:

El diagnóstico del feocromocitoma en pacientes pediátricos puede ser complicado pues la sintomatología es muy diversa, siendo la FOD una forma de expresión. Es importante identificar signos de hiperactividad simpática como HTA mantenida, difícil de monitorizar sobretudo en lactantes o pacientes con TEA.

Ares Benavent Puiggené(1);Raquel Garcia Romero(1);Isabel Torrus Lopez(1);Mariona Fernandez de Sevilla Estrach(1);Juan Jose Garcia Garcia(1)

(1)Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona)

---

## ADOLESCENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA: BUSCA Y HALLARÁS.

### INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva alta en Pediatría presenta una incidencia desconocida, siendo la mayoría de los casos episodios leves autolimitados. Además, puede confundirse con sangrado de otra localización o no tratarse de un verdadero sangrado.

Exponemos el caso de una adolescente con hemorragia digestiva con evolución tórpida que precisó ampliar el diagnóstico diferencial para controlar el sangrado.

### RESUMEN DEL CASO:

Mujer de 15 años en tratamiento con sertralina y diazepam por trastorno ansioso-depresivo y doxiciclina por acné que ingresa por segundo episodio de hematemesis.

Episodios de epistaxis con síncope secundarios y epigastralgia con vómitos desde hace 3 semanas. Durante el primer episodio de hematemesis precisó tratamiento endoscópico por úlceras esofágica y gástricas retirándose doxiciclina.

Análítica con hemoglobina 13g/dl; INR 1.37, RatioTTPA 1.43. Recibió tratamiento con omeprazol y ácido tranexámico intravenosos y dieta absoluta. Al reiniciar alimentación presentó nueva hematemesis con anemia y crisis de ansiedad. Endoscopia con erosión sobre úlcera esofágica previa. Se solicitó estudio hemostático completo con déficit leve de factor vonWillebrand y factor VIII, y déficit de factor VII en rango hemostático. Ante persistencia de prolongación de INR y TTPA se administraron 3 dosis de vitamina K con normalización de dichos parámetros y se mantuvo tranexámico hasta 72 horas sin sangrados. Se asociaron sobres de ácido hialurónico oral que permitieron progresar alimentación.

Sin embargo, precisa reingreso en dos ocasiones por hematemesis con repercusión, coincidiendo con menstruación e infección respiratoria febril, respectivamente; ambos con descompensación ansiosa. Control endoscópico normal concluyendo posible síndrome de Mallory-Weiss. Se cambió antidepresivo de base por mirtazapina y se inició macrogol por estreñimiento.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Este caso muestra la importancia de revisar la medicación de base y reevaluar el diagnóstico inicial ante una evolución tórpida. La doxiciclina se asocia a úlceras esofágicas por decúbito. Sin embargo, sangrados repetidos obligan descartar un trastorno hemostático asociado, no siempre detectable en las pruebas de coagulación básicas, como sucede con la enfermedad de vonWillebrand, trastorno hemorrágico hereditario más frecuente (0,1%). Es importante revisar y retirar los fármacos que puedan alterar la hemostasia (sertralina) y optimizar el tratamiento de todos los factores que precipiten vómitos (estreñimiento o ansiedad).

Alicia Fernández Gonz González(1);María Del Carmen Miranda Cid(1);María Del Mar Tolín Hernani(1);María Segura González(1);Jimena Pérez Moreno(1)

(1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón

---

**NEUTROPENIA ALOINMUNE NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.****INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La neutropenia aloinmune neonatal es una entidad poco frecuente. Se debe a la presencia de anticuerpos maternos frente a antígenos de los neutrófilos neonatales. Estos aloanticuerpos transfundidos pasivamente al feto destruyen sus neutrófilos, provocando neutropenia, con el subsiguiente riesgo de infección.

**RESUMEN DEL CASO:**

Neonato masculino de 21 días de vida nacido a término, con peso adecuado para la edad gestacional que acude por estancamiento ponderal, febrícula y lesión ulcerativa oral. Destaca consanguinidad en la familia; los abuelos son primos hermanos. En analítica sanguínea presenta neutropenia (200/mm<sup>3</sup>), sin otros hallazgos destacables, con PCR de 103 mg/l y PCT negativa. Recibe 72 horas de antibioterapia empírica con retirada tras obtención de cultivos negativos, manteniéndose afebril, con buena evolución clínica. Array respiratorio positivo para rinovirus y Mycoplasma pneumoniae, por lo que se orienta como probable neutropenia parainfecciosa, con alta posterior a domicilio. Reingresa a las 24 horas por fiebre y neutropenia de 100/mm<sup>3</sup>, con PCR de 82 mg/l y con resto de despistaje infeccioso negativo. Recibe de nuevo antibioterapia empírica que se suspende tras obtención de cultivos negativos.

Por neutropenia grave neonatal, antecedente de consanguinidad y cuadros recurrentes de fiebre y aftas, se amplía estudio etiológico con aspirado de médula ósea donde se evidencia serie granulocítica levemente aumentada sin stop madurativo ni displasia remarcable, compatible con neutropenia de origen periférico. Paralelamente se realiza estudio de neutropenia aloinmune, donde destaca ausencia de expresión de glicoproteínas en la membrana de los neutrófilos, con presencia de anticuerpos anti-neutrófilos (anti-HNA-1c) con diagnóstico de neutropenia aloinmune. Se inició tratamiento con factor estimulador de colonias de granulocitos (G-CSF) por el antecedente de infecciones de repetición, con posterior recuperación de cifras de neutrófilos.

**CONCLUSIONES:**

La neutropenia aloinmune neonatal puede ser potencialmente grave, aunque suele tener un curso benigno. En el aspirado de médula ósea puede existir un stop madurativo en la serie granulocítica; sin embargo, no es una alteración indispensable. Cuando hay antecedentes de infecciones graves o recurrentes se suele utilizar el G-CSF para incrementar la producción de neutrófilos. La evolución de la neutropenia es transitoria con una resolución durante los primeros meses de vida.

Adrià Martos Utande(1); Maria Solsona Gadea(1); Ángela Deyà Martínez(1); Cèlia Martí Castellote(1); Marina Pons Espinal(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

---

**PACIENTE CON DOS EPISODIOS DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADOS A PSEUDOHIPOALDOSTERONISMO TIPO-1 SECUNDARIO****INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La infección urinaria es frecuente en pediatría, aunque su asociación con la resistencia periférica a la aldosterona no es del todo conocida. El objetivo es que tengamos en mente dicha patología en nuestra práctica clínica diaria.

**RESUMEN DEL CASO:**

Paciente de 46 días que acude a urgencias por estancamiento ponderal y sospecha de infección urinaria que se confirma mediante sondaje. Presenta signos de deshidratación leve. En la analítica encontramos hiponatremia (113 mmol/L), hiperpotasemia (6.99 mmol/L) y acidosis metabólica con glicemia normal.

Al ingreso se pauta sueroterapia y antibioticoterapia parenteral. Durante el ingreso se mantiene estable con normalización del ionograma las primeras 48 horas. Se suspende la sueroterapia y permanece con lactancia materna exclusiva.

La ecografía muestra leve dilatación pieloinfundibular bilateral. Se descarta RVU.

El cortisol y 17-OH progesterona son normales. La aldosterona está muy elevada. Se orienta como PHA-1 secundario a infección urinaria (o también denominado PHA tipo III).

En la literatura existe algún caso que a su vez presenta mutaciones en el gen NR3C2 (receptor mineralocorticoides). Se realiza estudio genético a nuestro paciente que resulta negativo.

A los 5 meses presenta una segunda ITU con PHA. Empeoramiento de la dilatación urinaria derecha. Pendiente de renograma.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

El PHA secundario es más frecuente por debajo de los 3 meses y en pacientes con ITU y malformación urinaria. El diagnóstico se basa en las alteraciones electrolíticas y la elevación de renina y aldosterona. Habitualmente no requiere estudio genético para descartar una forma genética de base (especialmente si desciende el nivel de aldosterona una vez curada la ITU/malformación). El manejo se basa en la sueroterapia, tratamiento de la infección /malformación y a veces bicarbonato o resinas de intercambio.

Cabe destacar en este caso la aparición de segundo episodio de infección urinaria con PHA, dado que hay pocos casos descritos en la literatura.

La asociación entre pielonefritis aguda e hipoadosteronismo puede condicionar una alteración electrolítica grave y aunque no se refleja en la guía de manejo de la infección urinaria, hay autores que consideran realizar un ionograma y gasometría a todos los lactantes ingresados por infección urinaria.

Esther Bonastre Blanco(1);Ágata Navarro Carreño(1);William Gerardo Pelegrin Cruz(1);Ester Torra Guarch(1);Aracelis Margarita Sánchez De Valdes(1)

(1)Parc Sanitari Sant Boi de Llobregat

---

## SHOCK DISTRIBUTIVO REFRACTARIO A VOLUMEN, UN RETO DIAGNÓSTICO

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome de fuga capilar idiopática, es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza por un aumento de la permeabilidad capilar, que da lugar a episodios agudos rápidamente progresivos de hipotensión severa, hipoalbuminemia y hemoconcentración. Es considerado una enfermedad rara, habiéndose publicado unos 260 casos a nivel mundial. Su curso se divide en tres fases: fase prodrómica, fase de fuga y fase de recuperación. Requiere un diagnóstico de exclusión. Se presenta el caso de una preescolar de 5 años diagnosticada de esta patología tras dos episodios de fallo multiorgánico.

#### RESUMEN DEL CASO:

Se trata de una preescolar de 5 años, que ha requerido dos ingresos en UCI desde los 3 años por fallo multiorgánico, con shock distributivo refractario a volumen. Consulta en ambas ocasiones por fiebre, decaimiento y edema palpebral con rápida evolución a shock descompensado con hipoalbuminemia y hemoconcentración. La primera vez se produjo en contexto de infección por SARS-Cov-2, recibiendo diagnóstico de SIM-PedS y el segundo ingreso coincidía con una posible infección por Rhinovirus. Durante ambos ingresos cursó con derrame pericárdico (en diferente cuantía), derrame pleural y daño renal agudo (precisando de hemofiltración en el primer ingreso por hipervolemia en fase de recuperación). Se han realizado múltiples estudios etiológicos (despistaje de shocks séptico y anafiláctico, angioedema hereditario, enfermedades autoinmunes y fiebres recurrentes) con resultado anodino, estableciéndose por tanto el diagnóstico de síndrome de fuga capilar idiopático. Para la prevención de recaídas, se ha iniciado terapia con inmunoglobulina intravenosa mensuales. Desde el inicio del tratamiento profiláctico hace 2 años, no ha presentado clínica similar.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

No existe tratamiento curativo, el manejo es sintomático. No se recomienda la administración excesiva de fluidos intravenosos inicialmente, ya que no aumenta la presión arterial y empeora el edema, además, aumenta el riesgo de sobrecarga vascular en la fase post-fuga. Los inotrópicos, agonistas alfa-adrenérgicos y los inhibidores de la fosfodiesterasa mostraron buenos resultados en algunos casos. Las inmunoglobulinas intravenosas mensuales constituyen una estrategia profiláctica prometedora. La evidencia sobre el manejo de esta patología se basa en estudios observacionales pequeños, que no permiten establecer estrategias terapéuticas y profilácticas sólidas.

María Pérez Cebrián(1);Elena Párraga Pagán(1);Encarna Bastida Sánchez(1);Cristina Bienert Groetsch(1);María Sánchez Pérez(1);Xènia Claver Pros(1);Alba Giménez Pérez(1);Gloria Lojo Piñeiro(1)

(1)Hospital Univeristario Virgen de La Arrixaca

---

#### LINFADENOPATÍA ATÍPICA: EL RETO DE LAS MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS

La linfadenitis cervical es la forma clínica más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas en los niños inmunocompetentes, suponiendo un 10-20% de las linfadenitis cervicales en preescolares, con un aumento de su incidencia en los últimos años. Se manifiesta como una masa única, unilateral, indolora en contexto afebril, que evoluciona aumentando el tamaño, adquiriendo coloración violácea y fistulizando a los 3-4 meses con posterior cronificación y cicatrización a los 12-18 meses. En ocasiones involuciona espontáneamente o sufre fibrosis y calcificación, aunque su curso evolutivo es impredecible y pueden presentar recidivas. Suele afectar a ganglios de las cadenas cervicales anteriores y submaxilares. El diagnóstico de presunción se realiza mediante la clínica sugestiva, pruebas de imagen, punción aspiración con aguja fina (PAAF) y estudio anatomopatológico, siendo necesario para su diagnóstico definitivo el aislamiento de la micobacteria. El tratamiento de elección es la exéresis total del ganglio afecto de manera precoz, evitando el drenaje aislado. Existen otras alternativas terapéuticas más conservadoras como el uso de los nuevos macrólidos en régimen combinado, que presentan menos eficacia cuando se usan como primera opción terapéutica, pero contribuyen a la disminución de la lesión. En caso de recidiva postquirúrgica la asociación de claritromicina a rifabutina, etambutol o ciprofloxacino se ha mostrado efectiva.

Presentamos el caso de una preescolar de 2 años con linfadenopatía cervical derecha refractaria a antibioterapia oral. Se realiza analítica con elevación de reactantes sin leucocitosis, ecografía con adenopatías submandibulares derechas con áreas de microabscesificación/necrosis, sin colecciones drenables. Durante el ingreso se administra antibioterapia intravenosa y corticoide, sin mejoría de la lesión. Se realiza Mantoux y serologías, ambas negativas, y se realiza interconsulta a cirugía para valorar exéresis, siendo dada de alta para seguimiento en consultas. Reingresa por empeoramiento y aumento del tamaño pese a tratamiento antibiótico oral, analítica similar a previa. Se realiza PAAF con áreas necróticas granulomatosas sugestivas de etiología por micobacterias y cultivo con hallazgo de



Mycobacterium intracellulare. En control posterior se constata empeoramiento clínico y ecográfico con aparición de colección y tractos lineales que se extienden hacia la superficie, se decide escisión total de adenopatía con buena evolución posterior.

Cristina Bienert Groetsch(1);Carlos Quílez Cuartero(1);Rocío Solano Sánchez(1);María Sánchez Pérez(1);Elena Párraga Pagán(1);Xènia Claver Pros(1);Alba Giménez Pérez(1);Laura María Trujeque Camacho(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## HEMATOMAS SUBDURALES: ¿TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR ABUSO O ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO I?

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los hematomas subdurales en el lactante nos obligan a descartar el origen traumático intencionado de los mismos, secundario a situaciones de maltrato infantil. Sin embargo, no todas las lesiones que parecen provocadas lo son. Por ello, es importante realizar una adecuada anamnesis, enfoque social, exploración física exhaustiva y pruebas complementarias orientadas.

### RESUMEN DEL CASO

Lactante de 5 meses en seguimiento en consultas de Neuropediatría por macrocefalia progresiva desde los 2 meses de vida hasta p>99 y +4,64 DE. Como antecedentes, fue recién nacido a término secundario a FIV por ovodonación, embarazo gemelar bicorial biamniótico, CIR tipo 1, oligoamnios e hijo de madre con edad avanzada. Desde el punto de vista neurológico, adecuado desarrollo psicomotor, sin otra sintomatología. Se realiza inicialmente una ecografía transfontanelar que constata una hidrocefalia externa idiopática. Neurocirugía solicita TAC craneal donde describen colecciones subdurales bihemisféricas compatibles con hematomas subdurales crónicos, sin fracturas asociadas. Dado los hallazgos, se decide ingreso a los 9 meses de vida para completar estudio. En la entrevista inicial, progenitores colaboradores y preocupados por los hallazgos, negando traumatismos previos. Se realizó fondo de ojo y estudio analítico con coagulación, sin hallazgos. En RMN se confirman colecciones subdurales bilaterales subagudas sin otros hallazgos. La asociación de hemorragia intracraneal y macrocefalia obliga a descartar aciduria glutárica tipo 1 (AG-1), por lo que se solicitan ácidos orgánicos en orina y estudio genético (exoma dirigido). El resultado en orina fue negativo, pero dada la alta sospecha clínica se inicia tratamiento empírico con carnitina y dieta baja en lisina como profilaxis de crisis encefalopáticas y es dado de alta pendiente de resultado genético con seguimiento en Neuropediatría.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Aunque el maltrato debe ser descartado ante lactantes con hematomas subdurales, debemos tener presente que la asociación con macrocefalia obliga a descartar AG-1. Cursa con crisis encefalopáticas que conllevan deterioro neurológico. El diagnóstico no se descarta ante la normalidad de ácidos orgánicos en orina, dada la existencia de fenotipos bajo excretores. El diagnóstico se confirma con estudio genético (gen GCDH) y medición de actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos.

Rosa María González Rodríguez(1);Marina Lara García(1);Rocío Risquete García(1);Andrea Campo Barasoain(1)

(1)Hospital Virgen Macarena

---

### DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y DE MANEJO EN ALGUNAS PATOLOGÍAS DUODENALES

Presentamos el caso de un lactante de 17 meses que ingresa en nuestro Servicio, trasladado de otro Hospital, en el que estaba ingresado por sepsis clínica prolongada con diferentes gérmenes (*Klebsiella*, *enterococcus faecalis* y *cándida albicans*). Presenta empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento adecuado. Niño previamente sano, sin antecedentes de interés, vacunación reglada. A su llegada continúa tratamiento y se amplían pruebas. En eco abdominal, se objetiva trombosis casi total de segmento de vena cava inferior e intrahepática, iniciando anticoagulación. Tras dicho hallazgo, los familiares informan de antecedentes de trombosis: madre portadora de mutación heterocigótica MTHFR, y otros familiares cercanos también con coagulopatías. En ecografía, objetivan además cambios inflamatorios con líquido heterogéneo en espacio pararenal/periduodenal y proceso uncinado adyacente a cabeza pancreática, sin poder determinar origen. Se completa el estudio con TAC abdominal: trombosis parcial de la vena cava intrahepática hasta confluencia de vena renal, ilíaca y femoral derechas. Discreto incremento del realce de las asas del duodeno (posible proceso inflamatorio local/regional). En eco-Doppler de control, describen imagen quística con contenido líquido heterogéneo, adyacente a la pared de ID, compatible con: quiste de duplicación intestinal con cambios inflamatorios. Se solicita Gammagrafía con Tc99 que muestran discreto depósito del trazador a nivel duodenal y reconstrucción 3D (RMN), llegándose al diagnóstico definitivo de quiste de duplicación duodenal.

El paciente es dado de alta tras buena evolución. Se determina que el quiste es la causa probable de las complicaciones infecciosas/trombóticas. Se programa tras 2 meses, cirugía para exéresis. Se encuentra una zona pediculada, que tras informe de anatomía patológica se trata de un Divertículo de Meckel.

#### CONCLUSIONES:

Los quistes de duplicación intestinales son anomalías congénitas infrecuentes, siendo el duodeno su localización más frecuente. Son de difícil diagnóstico. Lo más frecuente es que sean asintomáticos (aunque pueden dar clínica y raramente malignización). Está indicada su exéresis en todos los casos.

#### EN NUESTRO CASO:

Incidir en la importancia de la anamnesis, dado que los antecedentes hematológicos familiares solo fueron referidos una vez se había diagnosticado de trombosis al paciente. Además de la dificultad para llegar al diagnóstico precirugía, solo se tiene diagnóstico definitivo mediante AP

Gloria Lojo Piñeiro(1); Laura Trujeque Camacho(1); Encarnación Bastida Sánchez(1); Ana Sánchez Espallardo(1); María José Monreal Campos(1); Cristina Bienert Groetsch(1); María Pérez Cebrián(1); Xenia Claver Pros(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

### ENFERMEDAD DE WOLMAN: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

#### INTRODUCCIÓN Y RESUMEN DEL CASO

Niña de 2 meses que consulta por fiebre de 24 horas, afectación del estado general y distensión abdominal de semanas de evolución. Análisis sanguíneo compatible con linfocitosis hemofagocítica (HLH), hepatoesplenomegalia masiva con colestasis, diarreas y calcificación de ambas glándulas suprarrenales. Sospecha de HLH secundario a enfermedad de Wolman (déficit de lipasa ácida lisosomal grave, LAL-D), confirmándose por estudio metabólico (actividad enzimática 0%) y genético (mutación en el gen LIPA). Se inicia tratamiento con la enzima sustitutiva semanal por vía endovenosa.

Recibe dexametasona y etopósido, con mejoría del HLH secundario, pudiendo iniciar tacrólimus como ahorrador de corticoides. La hepatoesplenomegalia condiciona un patrón respiratorio restrictivo y dificulta la tolerancia enteral. Precisa dieta modular por sonda transpilórica con sonda nasogástrica (SNG) de descarga y nutrición parenteral. Debido a la inmunosupresión secundaria, desarrolla una infección por Citomegalovirus que condiciona una evolución tórpida.

Permanece 5 meses hospitalizada, inicialmente en UCIP y posteriormente en planta, requiriendo manejo multidisciplinar. Presenta mejoría lenta pero progresiva. Ante complejidad y necesidad de coordinación integral, inicia seguimiento por el servicio de crónicos complejos y atención paliativa. Ingresa más tarde en centro de atención intermedia pediátrico para completar la capacitación de la familia en la preparación de la dieta modular y triturados sin grasas, manejo de la SNG con bomba y conciliación de medicación (polifarmacia).

Actualmente la paciente tiene 2 años y presenta una excelente evolución, con alimentación oral, buena ganancia ponderal y adecuado desarrollo psicomotor. Se ha podido simplificar el tratamiento, precisando hidrocortisona y fludrocortisona sustitutivas por insuficiencia suprarrenal crónica, suplementación vitamínica y la enzima sustitutiva semanal que se administra por Port-a-Cath de manera alterna en hospital de día y domicilio.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

La enfermedad de Wolman es la forma más severa de LAL-D. Cursa con hipertrigliceridemia, fallo de medro, enfermedad hepática y calcificación de las glándulas suprarrenales como hallazgo más característico. Supone un reto diagnóstico y terapéutico y requiere un manejo multidisciplinar. Es importante sospecharla para iniciar precozmente el tratamiento enzimático sustitutivo que en los últimos años ha cambiado el pronóstico de la enfermedad.

Alba Pavón Ortiz(1);Isabel Torrus Lopez(1);Maria Queralt Soler Campins(1);Marta Aguera Jorge(1);Ines Marta Villasuso Megino(1);Silvia Maria Meavilla Olivas(1);Laura Monfort Carretero(1);Silvia Ricart Campos(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

---

#### LEISHMANIASIS VISCERAL: CUANDO LA EVOLUCIÓN ES TÓRPIDA.

Lactante de 17 meses que ingresa para estudio de pancitopenia en contexto de rechazo de la marcha, decaimiento y disminución de su actividad habitual juntos con cuadro catarral y deposiciones diarreicas. No asocia procesos febriles ni sangrados. Presenta a la exploración distensión abdominal llamativa de meses de evolución y con red venosa superficial visible. Asocia hepatomegalia y esplenomegalia de 13.8cm.

Se inicia estudio incluyendo analítica sanguínea, ecografía abdominal y punción aspiración de médula ósea. En analítica se observa pancitopenia (hemoglobina 6.2g/dL, leucocitos 2320/mm<sup>3</sup> con 680 neutrófilos/mm<sup>3</sup> y plaquetas 43000/mm<sup>3</sup>). Se confirma hepatoesplenomegalia en ecografía abdominal y se descarta hipertensión portal. En médula ósea se encuentra celularidad escasa sin malignidad. En tinción de Giemsa se detectan amastigotes de leishmania. Así, recibió tratamiento con anfotericina B con ciclo inicial de 5 días. A las 24h del inicio del tratamiento presenta empeoramiento clínico, con palidez, fiebre, anemia y aumento de reactantes de fase aguda además de hipoalbuminemia. Precisa transfusión, inicio de antibioterapia con cefotaxima intravenosa y dos infusiones de albúmina. Durante este periodo de tiempo asocia además derrame pleural derecho con atelectasia que no generan compromiso respiratorio y no precisa drenaje pleural. Durante la administración de las cinco primeras dosis de anfotericina continúa con estancamiento clínico-analítico, presentando elevación de ferritina y triglicéridos y cumpliendo criterios de linfocitosis hemofagocítica secundaria a leishmaniasis. Ante el deterioro se asocia dexametasona según protocolo de linfocitosis hemofagocítica, tras lo cual se consigue mejoría clínica y analítica.

Al alta presenta excelente estado general y recuperación de la ingesta. Persiste entonces leve neutropenia y hepatoesplenomegalia en menor medida que al ingreso y un patrón colestásico secundario al tratamiento con anfotericina. Inicia seguimiento por parte de Infectología, durante el cual se consigue normalización clínico-analítica.

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria con incidencia en aumento en nuestro medio. Si bien tiene un tratamiento etiológico claro con anfotericina B, incluso en los casos de linfocitosis secundaria y con respuesta generalmente favorable. En este caso, el deterioro clínico y analítico a pesar de tratamiento etiológico requiere asociar corticoterapia para su resolución.

Ana Gámez Belmonte(1);Valeria Vivo Porcar(1);Laura Trujillo Caballero(1);Paula Del Santo Fernandez(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

---

### **NEONATO CON APNEAS OBSTRUCTIVAS DE ORIGEN MULTIFACTORIAL: VIRUS RESPIRATORIO, ATRESIA DE COANA DERECHA, REFLUJO GASTROESOFÁGICO... ¿QUIÉN ES EL CULPABLE?**

#### **CASO CLÍNICO:**

Neonato de 3 días de vida, traído vía servicio de emergencias médicas para valoración de episodios de palidez y respiración no efectiva, de 1-2 minutos de duración. Realiza ruidos tipo ronquido desde el nacimiento, atribuidos a una estenosis de coana derecha. Mantiene lactancia materna sin incidencias. A la exploración física destaca tiraje intercostal marcado, mucosidad nasal y cornaje intermitente con el llanto o ingesta. Se orienta el episodio como apnea obstructiva en contexto de posible IRVA en neonato con estenosis de coana derecha e ingresa con soporte con gafas nasales de alto flujo.

Durante el ingreso se solicita radiografía de tórax (sin alteraciones), frotis nasofaríngeo para detección de virus respiratorios (negativos), ecocardiograma (normal) y pH-impedanciometría que resulta patológica, compatible con ERGE. No asocia otros síntomas ni alteraciones a nivel neurológico, respiratorio ni hemodinámico. Inicialmente es valorado por el equipo de Otorrinolaringología. Se solicita TC facial que confirma atresia de coana derecha. Se plantea corrección quirúrgica, pero dada unilateralidad y ERGE e IRVA asociados, se decide primero conducta expectante mientras se inicia tratamiento con omeprazol, corticoides y lavados nasales. Presenta reducción del número de episodios obstructivos, pero sin disminuir su intensidad ni la necesidad de soporte respiratorio. La polisomnografía nocturna muestra SAHS moderado (IAH 5,3) con hipoxemia, sin alteraciones en la ventilación. Finalmente, ante la ausencia de mejoría a pesar de tratamiento médico, se decide realizar cirugía correctora vía endoscópica transnasal. A las 24 horas de la cirugía el paciente presenta recuperación clínica completa, pudiéndose retirar el soporte respiratorio sin presentar más episodios de apneas ni similares durante el seguimiento.

#### **CONCLUSIONES:**

La obstrucción de las fosas nasales en el neonato es un cuadro potencialmente fatal por su respiración nasal obligada, sobre todo en los casos bilaterales. En cambio, la atresia unilateral puede manifestarse desde apneas obstructivas con cornaje nasal hasta pasar inadvertida, haciendo difícil atribuirle la clínica, y más aún cuando se presenta con otra patología médica asociada (IRVA y ERGE en nuestro caso). Se confirma mediante endoscopia y tomografía computada. El tratamiento definitivo es quirúrgico, resolviendo el cuadro obstructivo y la sintomatología asociada.

Paula Martínez-Llonch(1);Claudia Alcaraz-Soler(1);Jana Codina(1);Isabel Gascón(1);Cristóbal Langdon(1);Jordi Muchart(1);Rosa Maria Pino(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

### **ENTEROPATÍA AUTOINMUNE COMO CAUSA DE DIARREA EN EL LACTANTE**

#### **INTRODUCCIÓN**

La diarrea en lactantes es un síntoma común, generalmente leve y autolimitada. Aunque la causa más frecuente es la patología infecciosa y alérgica, está aumentando el número de casos diagnosticados de enteropatías congénitas o autoinmunes.

#### CASO CLÍNICO

Lactante varón de 2 meses con sospecha de alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) que consulta a Urgencias por diarreas (10-12 episodios diarios) sin productos patológicos y vómitos con intolerancia oral (alimentación mediante lactancia materna con dieta materna exenta de PLV y suplementos de fórmula hidrolizada). Dada alteración del aspecto con signos de deshidratación, se realiza estabilización inicial y se solicita analítica sanguínea (anodina) y sedimento de orina que descarta infección urinaria. Con la sospecha inicial de gastroenteritis aguda infecciosa, se decide ingreso para sueroterapia y estudio.

Durante la hospitalización, presenta empeoramiento progresivo con aumento de las diarreas, alteraciones hidroelectrolíticas y estancamiento ponderal a pesar de aumentar aportes enterales, precisando inicio de nutrición parenteral (NTP). Se realiza ecografía abdominal con hallazgos de enterocolitis y array gastrointestinal con PCR positiva para citomegalovirus. Ante gravedad clínica, recibe tratamiento con ganciclovir (durante 14 días). El paciente presenta mejoría inicial, con nuevo deterioro clínico coincidiendo con el reinicio de la nutrición enteral con leche elemental. Se realiza endoscopia a los 12 días con estudio anatomopatológico que muestra atrofia de vellosidades con hiperplasia de criptas, apoptosis e infiltrado de células T compatible con enteropatía autoinmune. Se realiza estudio de inmunodeficiencias (normal). Tras estos hallazgos, se inicia tratamiento con corticoterapia y azatioprina. Posteriormente, presenta buena evolución clínica permitiendo retirar NPT y reiniciar nutrición enteral con correcta tolerancia.

#### CONCLUSIÓN

La enteropatía autoinmune es una causa infrecuente pero grave de diarrea en el lactante, cuya patogenia es poco conocida y tratamiento fundamental es soporte nutricional y tratamiento inmunosupresor. El trabajo multidisciplinar especializado incluye desde el reconocimiento precoz de la entidad (diarreas de evolución tórpida en lactante < 6 meses), descartar y tratar causas infecciosas, completar estudio inmunológico, manejo de soporte hidroelectrolítico y nutricional, hasta la realización de endoscopia digestiva con toma de biopsias y, finalmente, diagnóstico anatomopatológico por servicios con experiencia en estas patologías tan infrecuentes.

Gisela Dagà Giménez(1);Patricia Diego Vall(1);Ana Pilar García García(1);Ángela Deyà Martínez(1);Johanna Marcela Martínez Osorio(1);Rosa Maria Pino Ramírez(1);Maria Hernández García(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat

---

## MUCOSITIS AMPOLLOSA ORAL EN ADOLESCENTE. SERIE DE CASOS

### INTRODUCCIÓN

El exantema mucocutáneo inducido por *Mycoplasma* (EMIM) se caracteriza por una mucositis severa que afecta predominantemente a cavidad oral, conjuntiva y mucosa genital. Actualmente se considera una entidad independiente del espectro necrosis epidérmica tóxica / Stevens-Johnson por su etiología, tratamiento y buen pronóstico.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

CASO 1: Niña de 14 años, consulta por hiperemia conjuntival bilateral y lesiones ampollas dolorosas en zona oral, de 3 cm de diámetro de 48 horas de evolución. Afebril, sin otra clínica. Durante el ingreso presenta lesiones en diana con halo eritematoso, predominantemente en tórax y espalda. Ante sospecha de EMIM, se extrae analítica sanguínea que muestra IgM e IgG positivas para *Mycoplasma pneumoniae*. Recibe azitromicina oral y metilprednisolona endovenosa durante 5 días con excelente evolución. Presenta queratitis puntiforme leve-moderada difusa tratada con terracortril tópico.

CASO 2: Niña de 13 años, consulta por fiebre y tos de 4 días de evolución, se realiza ecografía pulmonar que describe neumonía basal derecha y se inicia amoxicilina oral. Ante persistencia de fiebre y aparición de lesiones ampollas dolorosas orales reconsultan a nuestro centro. Ante sospecha de neumonía atípica con EMIM, se realiza una analítica sanguínea con IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, resto sin alteraciones. Se administra azitromicina y corticoterapia vía oral 5 días con buena evolución.

CASO 3: Niño de 11 años, consulta por aftas dolorosas orales de 1 semana de evolución, junto con lesiones a nivel nasal y en glándula. Asocia también febrícula y astenia de 2 semanas de evolución. Por sospecha de gingivostomatitis herpética, se recoge PCR de VHS en lesiones (negativo). Reconsulta por aparición de clínica respiratoria y empeoramiento de las lesiones, se realiza una radiografía de tórax compatible con neumonía atípica. Serologías positivas para *Mycoplasma pneumoniae*. Se inicia azitromicina durante 3 días con resolución completa en 2 semanas.

#### CONCLUSIONES:

Se describen 3 casos de EMIM en los que tras el tratamiento antibiótico dirigido para *M. pneumoniae* la evolución ha sido favorable. El diagnóstico requiere elevada sospecha clínica y se puede confirmar por PCR en frotis nasofaríngeo o seroconversión.

Carla Donado-Mazarrón García(1); Alicia Suñé Aznárez(1); Jana Codina Barbosa(1); María Hernández García(1); Isabel Sanjurjo Jiménez(1); Gemma Pons Tomás(1); Mariona Fernández de Sevilla Estrach(1); Juan José García García(1)

(1) Hospital Sant Joan de Déu

---

## LA COMPLEJIDAD DEL SÍNDROME DEL DOLOR REGIONAL COMPLEJO

El síndrome del dolor regional complejo (SDRC) consiste en la presencia de dolor de características neuropáticas asociado o no a disautonomía en un miembro que es desproporcionado a la historia clínica y exploración física. El tratamiento se fundamenta en un abordaje multidisciplinar con el objetivo de restaurar la función del miembro y aliviar el dolor.

Adolescente de 12 años que ingresa para segunda opinión tras diagnóstico de SDRC en miembro inferior derecho un mes después de presentar esguince de tobillo derecho por mala evolución con rehabilitación y analgesia oral con varios fármacos (AINÉs, gabapentina, duloxetina y amitriptilina). Tras mejoría inicial presenta nuevo esguince a los 4 meses con más dolor, signos de disautonomía local, impotencia funcional con atrofia muscular y cambios distróficos en la piel. Se decide ingreso para control del dolor y valoración por Anestesia. Se inician parches de lidocaína mal tolerados, se realiza nuevo ciclo de corticoides durante un mes y rehabilitación diaria, sin mejoría clara. Precisa reingreso programado para implantación de catéter epidural con bomba de PCA sin mejoría. Además, se realiza bloqueo regional sin éxito. Ante imposibilidad de realizar rehabilitación del miembro por dolor intenso, reingresa por tercera vez para colocar catéteres de bloqueo con anestésicos locales en nervio ciático a nivel poplíteo y safeno consiguiendo movilización pasiva únicamente durante el sueño profundo. Se inician ejercicios de estimulación sensorial por encima de la zona del dolor. La paciente continúa en silla de ruedas con incapacidad para la movilización activa y pasiva consciente del pie. Además de la polimedicación, presentó múltiples complicaciones como osteoporosis tratada con bifosfonatos iv y suplementos de calcio, procedimientos terapéuticos invasivos con anestesia general, anticoagulación subcutánea por inmovilización y recientemente dolor lumbar con desarrollo de discopatía con protrusión a nivel T4-L4. Es valorada desde el inicio por Psiquiatría/Psicología por antecedentes de *bullying* escolar con dependencia emocional con su madre y absentismo escolar.

En el SDRC el diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen las secuelas a largo plazo y su impacto en la calidad de vida. Este caso ilustra el abordaje multidisciplinar y la complejidad cuando asocian psicopatología de base que interfiere en su mejoría.

Andrea Palacios Bermejo(1); Inés Bulnes Rodríguez(1); Francisco Javier Rodríguez Represa(1); Alicia Fernández González(1); Helena Caraça-Valente(1); Arturo Melone(1); María Arellano Pulido(1); Jimena Pérez Moreno(1)

(1)Hospital Gregorio Marañón

---

### DESENMASCARANDO LA PANCITOPENIA

Lactante de 13 meses, natural de Pakistán, con fiebre de tres días de evolución de hasta 40°C. Regreso de país de origen reciente, donde ha residido los últimos 2 meses. Los padres refieren lactancia materna exclusiva hasta los 11 meses de vida, con estancamiento ponderal marcado. Los padres refieren consanguinidad, sin otros antecedentes de interés. A la exploración física destaca palidez y presencia de alguna petequia aislada, además de evidente estado de malnutrición. Presenta pancitopenia en la analítica sanguínea, con anemia normocítica normocrómica (Hb 9,1 g/dl, VCM 85fl, HCM 28pg), plaquetopenia (42.000/ $\mu$ l) y con neutropenia (neutrófilos 1.100/ $\mu$ l), sin presencia de blastos y reticulocitos 1%, sin signos de infección asociada. Ingresa en planta de pediatría para estudio. Se realiza valoración nutricional con SAT 5%, junto con vitamina B12 y ácido fólico normales. Presenta deposiciones abundantes y pastosas, por lo que se amplían estudios a nivel infeccioso (parásitos, IGRAY serologías ampliadas) que resultan negativas. Se realiza radiografía de tórax y ecografía abdominal que no muestran alteraciones. Pese a tratamiento con hierro oral y fórmula hipercalórica, persiste con pancitopenia, por lo que se realiza aspirado de médula ósea, con celularidad normal y leves signos de dismegacariopoyesis. Se orienta inicialmente como pancitopenia de posible origen parainfeccioso en paciente con malnutrición crónica. Seguimiento posterior con mejoría discreta de la anemia, pero persistencia de plaquetopenia y neutropenia. Se amplía estudio con elastasa en heces, en valores de insuficiencia pancreática exocrina, tras lo que se repite aspirado de médula ósea con hipocelularidad con megacariocitos y precursores granulocíticos disminuidos, con moderada dismegacariopoyesis, con serie eritroidenormal. Se orienta como aplasia de origen central en paciente con estancamiento ponderal e insuficiencia pancreática exocrina; compatible con síndrome de Shwachman-Diamond. Se realiza estudio genético que confirma sospecha diagnóstica.

#### CONCLUSIONES:

El síndrome de Shwachman-Diamond es una enfermedad rara de herencia autosómica recesiva que deberemos sospechar en aquellos pacientes con fallo medular, insuficiencia pancreática exocrina y estancamiento pondoestatural. La mayoría de pancitopenias en pediatría tienen un origen central; secundario a causas infecciosas en los países de alta renta, y debido a la anemia perniciosa en los países de baja renta.

Albert Castelló Martí(1);Paula Martínez Llonch(1);Celia Martí Castellote(1);Maria Solsona Gadea(1);Marina Pons Espinal(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

### CUANDO EL CEREBRO ES EL ENEMIGO: ENCEFALITIS GRAVE POR ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR NMDA

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La encefalitis anti-receptor de NMDA es una entidad grave pero tratable, de prevalencia creciente en los últimos años. Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de esta enfermedad con evolución lenta pero favorable tras tratamiento inmunomodulador y manejo interdisciplinar.

#### RESUMEN DEL CASO:

Escolar varón de 9 años con antecedente de ingreso por movimientos paroxísticos sin pérdida de consciencia, con TC, RMN y EEG normales, reconsulta a los 15 días en urgencias por somnolencia y escasa interacción de 18 horas de evolución. Había presentado febrícula los 5 días previos junto con clínica catarral, sin otra sintomatología. A su ingreso, exploración neurológica normal salvo aumento de la base de sustentación. Hemograma normal, tóxicos en orina negativos y citobioquímica de LCR con 28 leucocitos (100% mononucleares), resto normal. Se realizó vídeoEEG con enteltecimiento difuso grado moderado y un amplio estudio etiológico (infeccioso, autoinmune, paraneoplásico y



metabólico) confirmando la positividad de anticuerpos anti-NMDAR en LCR, el resto fue negativo. Recibió tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas y plasmáfiltración sin mejoría clínica. Presentó un empeoramiento neurológico progresivo durante su ingreso, con disminución del nivel de consciencia, mutismo y crisis generalizadas. Se escaló tratamiento a rituximab, presentando inicialmente una respuesta favorable, pero estancándose posteriormente, motivo por el que se inició ciclofosfamida. La evolución fue lenta pero positiva, mejorando el nivel de consciencia y disminuyendo los episodios de agitación y las crisis disautonómicas. Fue dado de alta tras 108 días de ingreso con una mejoría neurológica en todos los niveles, tanto motor, comunicativo como conductual.

#### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

A pesar del tratamiento neurológico específico, la visión global del pediatra hospitalario fue fundamental para la correcta atención del paciente. Desde la pediatría hospitalaria, con una visión transversal de la enfermedad, se coordinó a los distintos especialistas para una intervención multidisciplinar del período agudo y de sus secuelas, abordando así la disfagia, rehabilitación psicomotora y pauta de retirada de corticoides, así como la programación de los siguientes ingresos programados para la administración de ciclofosfamida por vía intravenosa (previa canalización de acceso midline bajo sedoanalgesia).

Xènia Claver Pros(1); José Ángel Guardiola Olmos(1); Cristina Bienert Groetsch(1); María Sánchez Pérez(1); María José Monreal Campos(1); María Pérez Cebrián(1); Gloria Lojo Piñeiro(1); José Carlos Morote Ruiz(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

### ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR: FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN

#### INTRODUCCIÓN

Las adenopatías constituyen un motivo de consulta frecuente en Pediatría. La mayoría representan una respuesta inflamatoria transitoria a una infección, aunque en otros casos, como las adenopatías unilaterales subagudas/crónicas, debemos ampliar nuestro diagnóstico diferencial a otros procesos como neoplasias hematológicas o metástasis de tumores sólidos, cuyo diagnóstico precoz puede tener implicaciones pronósticas. Las adenopatías supraclaviculares se relacionan con malignidad hasta en un 75% de los casos.

#### CASO CLÍNICO

Niña de 10 años valorada por tumoración supraclavicular izquierda de 5 meses de evolución, sin otra clínica asociada (afebril, no síntomas constitucionales, no cambios inflamatorios). Ha realizado varios ciclos de antibiótico sin mejoría. Sin antecedentes personales ni familiares de interés, aunque durante la anamnesis dirigida refiere vivir con un gato que "le araña frecuentemente".

A la exploración física destaca adenopatía supraclavicular de unos 2.5x1.5 cm, de consistencia gomosa, no adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación. No otras adenopatías, megalias ni hallazgos de interés.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Análítica sanguínea: hemograma normal (Hb 13.2 g/dl, Leucocitos 6830 con fórmula normal, plaquetas 340.000). Bioquímica normal incluyendo ácido úrico (3.7 mg/dl) y LDH (219 U/L). PCR 0.2 mg/L, VSG 7 mm/h.
- Radiografía de tórax normal, no ensanchamiento mediastínico.
- Mantoux negativo. Muestra de esputo sin BAAR, cultivo de micobacterias negativo.
- Serologías: IgG positiva a VEB y CMV, IgM negativa a Bartonella henselae y Toxoplasma gondii.

Se realiza ecografía cervical con hallazgos de atipicidad (aparición pseudoquistica), seguida de BAG que se informa como linfadenitis reactiva. Finalmente, se procede a exéresis y estudio anatomopatológico, con diagnóstico de



enfermedad de Castleman variante hialino-vascular. En estudio de extensión con PET/TAC de tórax y abdomen se descarta afectación multifocal. La paciente permanece asintomática en los controles ambulatorios.

#### CONCLUSIONES

La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo de etiología desconocida, excepcional en Pediatría. Se describen dos formas clínicas: la localizada, generalmente una masa cervical o mediastínica asintomática al diagnóstico, y la multicéntrica, con afectación sistémica y carácter más agresivo. El diagnóstico es anatomopatológico, siendo la resección quirúrgica curativa en las formas localizadas, mientras que en las multicéntricas no existe aún una línea de tratamiento exitosa.

Carmen Abreu Fernández(1);Cristina Montero Valladares(1);Francisco de Borja Croche Santander(1);Macarena Anchoriz Esquitino(1)

(1)Hospital Universitario Virgen del Rocío

---

#### HIDROCEFALIA SECUNDARIA A HISTIOCITOSIS NO LANGERHANS DE PLEXOS COROIDEOS

La hiperplasia de plexos coroideos es una condición poco frecuente que implica un crecimiento anormal de los plexos coroideos en el cerebro, los cuales son estructuras encargadas de producir el líquido cefalorraquídeo. Esta alteración puede llevar a complicaciones como la hidrocefalia, que se caracteriza por la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro, causando dilatación ventricular y aumento de la presión intracraneal.

Se presenta de manera interesante en una niña escolar de 10 años, siendo secundaria a una causa poco común: la hiperplasia de plexos coroideos por histiocitosis no langerhans. La paciente experimentaba cefaleas, vómitos, astenia y hemiparesia izquierda, con caídas frecuentes que se atribuían a una supuesta falta de habilidad. Además, recibía atención psicológica por un coeficiente intelectual límite y déficit de aprendizaje.

En cuanto a sus antecedentes familiares, tanto la madre como la abuela materna presentaban una doble heterocigosis de mutaciones en el Factor V de Leyden y II de la protrombina. En la evaluación neurológica, la paciente se mostraba consciente, orientada y con una Escala Glasgow de 15 puntos. A pesar de algunos signos como la asimetría en la sonrisa y la limitación en la elevación de la comisura labial izquierda, no se observaron signos de hipertensión intracraneal.

Los estudios de imagen, como la TAC y la RMN, revelaron una marcada hidrocefalia con signos de actividad importante, especialmente en las astas temporal y occipital derechas. Se observaron imágenes sugestivas de adherencias intraventriculares y una hipercaptación de ambos plexos coroideos. El diagnóstico de hiperplasia de plexos coroideos en el contexto de histiocitosis de células no langerhans con mutación BRAF condujo a una intervención quirúrgica de plexetomía derecha, que se complicó posteriormente con un infarto venoso talámico y cuadros neurológicos asociados.

En conclusión, el manejo de la hidrocefalia secundaria a hiperplasia de plexos coroideos representa un desafío debido a su baja incidencia y a las posibles complicaciones asociadas. El abordaje multidisciplinario y el seguimiento especializado son fundamentales para garantizar un tratamiento efectivo y una gestión adecuada de esta rara condición en el ámbito clínico.

Niurka Velazco(1);Fidel Echeverria(1);Natalia Vargas(1);Paola Bauza(1);Claudia Quiroga(1);Tacya Suarez(1)

(1)Hospital Santa Tecla

---

#### KAWASAKI OCULTO TRAS UNA INFECCIÓN Y UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA CON CRITERIOS DE SHOCK

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica de curso agudo y autolimitado. Su etiopatogenia es desconocida, pero parece estar desencadenada por un agente infeccioso en individuos predispuestos genéticamente. Sin tratamiento, casi la mitad de los pacientes desarrollan dilataciones de las arterias coronarias mientras un cuarto desarrolla aneurismas, que constituyen un riesgo aumentado de estenosis coronaria. Sin embargo, su tratamiento precoz previene y disminuye la gravedad de las alteraciones coronarias.

Se presenta un caso de EK donde los criterios clínicos y analíticos fueron enmascarados por una situación de shock secundaria a una invaginación intestinal y la sospecha de una infección bacteriana.

## RESUMEN DEL CASO

Lactante de 8 meses acude a urgencias por fiebre de 2 días de evolución con tos, mucosidad, decaimiento y aparición en las últimas 24 horas un exantema maculopapuloso. La analítica revela elevación de reactantes de fase aguda y piuria estéril. Se ingresa en planta para antibioterapia intravenosa y en las primeras horas hospitalizado presenta empeoramiento brusco del estado general, vómitos en posos de café e hipotensión, que precisó una carga de volumen. Se solicita ecografía abdominal que evidencia invaginación intestinal ileocólica que se reduce satisfactoriamente con enema hidrostático. En analítica subsiguiente destaca hipertransaminasemia, anemia y coagulopatía. Posteriormente, durante su hospitalización, el exantema se extiende hasta dar lugar a una eritrodermia y concomitantemente aparece hiperemia conjuntival, labios agrietados y edema en manos y pies. En total permaneció febril durante 5 días. Ante la negatividad de todos los cultivos y la aparición de datos clínicos y analíticos sugerentes de EK, se solicita ecocardiografía que objetiva dos pequeños aneurismas y ectasia coronaria bilateral. Se inicia tratamiento con inmunoglobulina G, ácido acetilsalicílico y corticoterapia. Al alta se encuentra asintomático y con mejoría en las alteraciones coronarias, sólo persistiendo trombocitosis y elevación de proBNP.

## CONCLUSIONES

Ante un paciente con exantema febril cambiante, asociado a irritabilidad o afectación del estado general y conjuntivitis, se debe sospechar en la EK, sobre todo en edades comprendidas entre los 6 y 24 meses. La EK es una entidad poco frecuente que requiere de gran sospecha diagnóstica para su detección y tratamiento precoz.

I Vico Marín(1);N Negrín Lorenzo(1);J Rodríguez Bueno(1);L.P. Marín López(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves

---

## EMERGENCIA HIPERTENSIVA. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

La crisis hipertensiva es una elevación grave y brusca de la presión arterial (PA) con cifras de PAS y/o PAD  $\geq$  p99 para edad, sexo y talla. Se clasifica en urgencia hipertensiva, cuando no existe daño de órganos vitales, y en emergencia hipertensiva, cuando se evidencia lesión en órganos diana como SNC, corazón o riñones. Es una patología poco prevalente en pediatría, siendo las formas secundarias más frecuentes que en adultos. La clínica neurológica es la manifestación más frecuente, con cefalea, náuseas/vómitos, convulsiones o incluso síndrome PRES.

## RESUMEN DE CASOS

Presentamos tres casos clínicos atendidos en nuestro centro en los meses de Noviembre – Abril de 2024 (tabla 1):

Caso 1: Varón de 13 años, sospecha de síndrome de Guillain-Barré en tratamiento con inmunoglobulinas iv. Evolución tórpida con cefalea, importante ansiedad y cifras tensionales en ascenso. Al tercer día de ingreso presenta crisis tónico-clónica generalizada con TA 170/100 mmHg. Ingresó en UCI-P, precisando perfusión de nitroprusiato iv y amlodipino oral para control de TA. RMN cerebral: hallazgos compatibles con PRES.

Caso 2: Varón de 11 años, sospecha de síndrome de Guillain-Barré. Episodio de HTA (máximo 150/75 mmHg) con visión borrosa, cefalea y fluctuación del nivel de conciencia, trasladándose a UCI-P para inicio de perfusión iv de nicardipino. RMN cerebral: hallazgos compatibles con neuromielitis óptica, por lo que se inicia tratamiento con megabolos de corticoide y plasmaféresis iv, con buena evolución posterior.

Caso 3: Mujer de 10 años, 7º día post-trasplante renal. Tras administración de enema rectal por estreñimiento presenta emergencia HTA (TA máxima 180/100 mmHg) con crisis convulsiva, reingresando en UCIP y precisando 4 fármacos antihipertensivos (doxazosina, amlodipino, nicardipino, espironolactona) para control de TA. RMN cerebral con hallazgos de PRES y EEG compatible con estatus epiléptico que se controla con levetiracetam y valproico iv.

## CONCLUSIONES

La emergencia hipertensiva es una complicación rara en pediatría, pero con complicaciones potencialmente graves. Las cifras de TA elevadas en niños no deben banalizarse, siendo esencial la comprobación de las mismas, exploración y posibles diagnósticos diferenciales para poder llegar a un reconocimiento y tratamiento precoces.

Carmen Abreu Fernández(1);Francisco de Borja Croche Santander(1);Cristina Montero Valladares(1);Macarena Anchoriz Esquitino(1)

(1)Hospital Universitario Virgen del Rocío

---

## BRONQUIOLITIS OBLITERANTE: UN ENIGMA PULMONAR

La bronquiolitis obliterante es una neuropatía rara que se produce como consecuencia de una agresión grave a la vía aérea inferior, que ocasiona un estrechamiento u obliteración completa de las vías respiratorias más pequeñas. La postinfecciosa, es la forma más común en la infancia, siendo el adenovirus el principal agente responsable. Presenta manifestaciones clínicas y radiológicas variadas. El tratamiento precoz permite la reabsorción de exudado depositado en las vías respiratorias y la restauración de su calibre, pero si se retrasa, puede producirse una obliteración irreversible.

Debe sospecharse en preescolares sanos que, tras una infección respiratoria, continúan con sintomatología (tos, taquipnea, sibilancias, hipoxemia, disnea, y en casos avanzados, fallo de medro o hipertensión pulmonar) durante más de 4 semanas.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, hallazgo microbiológico, imagen característica en la tomografía computarizada de alta resolución y pruebas de función respiratoria. El tratamiento es multidisciplinar y de soporte.

Presentamos el caso de un lactante de 4 meses, derivado de Atención primaria, por bronquiolitis hipoxemia. Como antecedentes destaca laringomalacia leve tipo I y 3 episodios previos de bronquiolitis. Durante el ingreso, preciso tratamiento broncodilatador y oxigenoterapia, llegando a precisar oxigenoterapia de alto flujo. Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: virus respiratorios con positividad para Metapneumovirus, radiografía de tórax con marcada hiperinflación, estudios de inmunidad, test del sudor y ecocardiografía normales y tomografía computarizada de alta resolución con hallazgo de patrón de atenuación en mosaico, opacidades su pleurales y engrosamiento peribroncovascular, compatible con bronquiolitis obliterante. Se inició tratamiento con Azitromicina, Budesonida y Montelukast, presentando gran mejoría clínica pudiendo retirar la oxigenoterapia y siendo alta tras 30 días de ingreso.

Cristina Bienert Groetsch(1);Carlos Quílez Cuartero(1);Rocío Solano Sánchez(1);María Sánchez Pérez(1);Elena Párraga Pagán(1);María José Monreal Campos(1);Alba Giménez Pérez(1);Laura María Trujeque Camacho(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## EVALUACIÓN DE HIPOTONÍA EN UN RECIÉN NACIDO: UN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hipotonía y debilidad son signos comunes a trastornos del sistema nervioso central, enfermedades neuromusculares y síndromes genéticos con hipotonía. Aproximadamente el 75% de los casos son de origen central y el 25% periférico.

El objetivo principal es describir los datos de alarma en pacientes con hipotonía que requieren un diagnóstico y tratamiento precoces.

### RESUMEN DEL CASO

Neonato de 28 días que ingresa en nuestro centro para estudio de hipotonía generalizada. Sin antecedentes peri/neonatales de interés.

A las 2 semanas de vida su pediatra detecta discreta hipotonía axial y escaso movimiento espontáneo. Se realiza estudio analítico y ecografía cerebral que resultan normales, siendo dado de alta con control evolutivo en dos semanas. Al mes de vida se evidencia empeoramiento clínico y se deriva para estudio a nuestro centro. Destaca en este momento una hipotonía paralítica global con ausencia de movimientos antigravitatorios espontáneos, arreflexia universal, sin embargo; con buena expresión facial. No soporte respiratorio, junto con adecuada ganancia ponderal hasta el momento, a pesar de escasa succión.

Ante la sospecha de Atrofia Muscular Espinal (AME) se solicita analítica con CPK, estudio neurofisiológico y MLPA SMN1/SMN2 preferente que confirma AME tipo 1 (0 copias SMN1 y 2 copias SMN2), siendo candidato a administración de terapia génica con Onasemnogene abeparvovec a las 5 semanas de vida, evidenciando mejoría de 5 puntos en la escala CHOP-INTEND respecto a la previa al mes de su administración.

### CONCLUSIONES

La AME es una enfermedad neuromuscular rara causada por mutaciones en el gen SMN1. En el tipo 1, como en nuestro caso, los síntomas aparecen en los primeros 6 meses de vida, presentando debilidad muscular progresiva y arreflexia universal. Debido a su rápida progresión y a la presencia actual de terapias modificadoras del curso natural de la enfermedad, constituye una emergencia médica; por lo que ante la presencia de estos síntomas, no debemos demorar la solicitud del estudio genético, ya que la efectividad de estas terapias han demostrado mayor efectividad en pacientes con menor sintomatología al diagnóstico.

Silvia Ortega varga(1);Paula Del Santo Fernández(1);Inmaculada Medina Martínez(1);Valeria Vivó Porcar(1);Asal El Uardani Mohammed(1)

(1)Hospital Materno Infantil de Granada

---

## MANEJO DEL LACTANTE HIPOTÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

### INTRODUCCIÓN.

El diagnóstico diferencial de la hipotonía en el lactante es amplio. Se presenta un lactante con hipotonía periférica y diagnóstico de botulismo.

**RESUMEN.**

Lactante 4 meses, previamente sano, con hipoactividad, hiporexia y estreñimiento de una semana. En urgencias constatan hipotonía global, ptosis palpebral, pupilas midriáticas arreactivas, llanto hipofónico y succión débil. Se realizan sedimento urinario y analítica sanguínea (normales) e ingresa para estudio.

Se descarta hipotonía de origen central (etiología infecciosa, tóxico-metabólica, vascular) tras punción lumbar, ecografía transfontanelar, estudio de tóxicos y biomarcadores metabólicos, rm cerebral y medular. Como estudio periférico, se realiza electromiograma (emg) con aumento de la amplitud con la estimulación repetitiva. Clínica y emg compatibles con botulismo, se confirma mediante pcr para neurotoxina b en heces positiva. Ante sintomatología leve y estabilidad clínica, sin confirmación diagnóstica hasta los 10 días, se mantiene actitud expectante sin iniciar tratamiento con inmunoglobulina botulínica (ib). Seguimiento al alta con pediatría, neurología, oftalmología, infecciosas y rehabilitación; evolución positiva sin secuelas.

**COMENTARIO.**

El botulismo del lactante es una enfermedad neuromuscular de baja incidencia (0,91 casos/100.000 habitantes) causada por toxina *Clostridium botulinum*, interfiere en liberación presináptica de acetilcolina.

La fuente de esporas suele ser desconocida, se describen casos en zonas urbanas (movimiento tierra contaminada). La clínica ocurre <1mes de incubación, estreñimiento, parálisis descendente flácida, afectación de pares craneales, ptosis palpebral, pupilas fijas y midriáticas, hipotonía generalizada, arreflexia osteotendinosa, llanto y succión débiles, trastornos deglución e incluso dificultad respiratoria o muerte súbita. El diagnóstico es clínico y/o bacteriológico (detección neurotoxinas suero, heces o jugos gástricos).

El tratamiento tradicionalmente es de soporte, también se ha desarrollado la terapia con IB. Dada la potencialmente rápida evolución de la enfermedad, la sospecha clínica es fundamental para priorizar su administración precoz en casos graves. No siempre se encuentra disponible en los estadios iniciales y su papel en el curso de la enfermedad en los casos leves o en fase de recuperación está por determinar.

La detección precoz es fundamental para su manejo clínico, declaración obligatoria y establecer medidas higiénicas/preventivas.

María Cussó Bordes(1);María Mur Tomas(1);Isabel Sanjurjo Jiménez(1);Nazareno Juan Lascano(1);María del Mar O'Callaghan Gordo(1);Meritxell Vigo Morancho(1);Andrés Nacimiento Osorio(1);Antoni Noguera Julian(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

**FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA SIN ATRESIA: MANIFESTACIONES DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO.**

La fístula traqueoesofágica en H sin atresia asociada, tipo V, es una anomalía rara de la vía aérea y supone el 4% de las malformaciones traqueoesofágicas. La tráquea y el esófago son anatómicamente normales y el trayecto fistular discurre oblicuamente desde la porción superior de la segunda vertebra torácica, pared posterior traqueal, hasta pared anterior esofágica, pudiendo presentar un mecanismo valvular. Se manifiesta con tos relacionada con la ingesta, disfagia, cianosis y neumonías o episodios bronco-obstructivos recurrentes, pudiendo existir alteración nutricional cuando el diagnóstico es tardío. El diagnóstico es difícil por la intermitencia e inespecificidad sintomática que depende del tamaño fistular, la presencia de malformaciones asociadas y la edad. Requiere alto índice de sospecha y precisa pruebas de imagen de vía digestiva superior y video-fluoroscopia o broncoscopia con visualización directa de la fístula o del trayecto mediante instilación de azul de metileno. El tratamiento es quirúrgico.

Presentamos el caso de un paciente de 7 años con antecedente de ingreso a los meses de vida por incoordinación succión-deglución, disfagia orofaríngea, fallo de medro y sospecha de alergia no IgE mediada a proteína de leche de

vaca. Endoscopia digestiva alta y ecografía abdominal normal. Fibroscopia con bronquio principal derecho rudimentario y TC pulmonar con bronquio segmentario apical del lóbulo superior derecho desplazado sin signos directos o indirectos de fístula. Dado de alta tras resolución clínica. Presenta episodios recurrentes de broncoespasmos y laringitis hipoxémicas, requiriendo ingreso en dos ocasiones el último año. Ingresa por nuevo episodio de dificultad respiratoria e hipoxemia. Se extraen pruebas complementarias: virus respiratorios negativos, gasometría con acidosis respiratoria resuelta en control posterior y radiografía de tórax con múltiples infiltrados intersticioalveolares de predominio central. Interconsulta con Neumología para seguimiento, con otorrinolaringología que realiza fibroscopia compatible con reflujo faringolaríngeo y con digestivo realizando TIS con hallazgo de paso mínimo de contraste a vía aérea y muesca anterior derecha esofágica. Dado de alta tras resolución clínica tras 3 días de ingreso. Reingresa para endoscopia y fibrobroncoscopia simultáneas con hallazgo de fístula en tercio superior del esófago. Nuevo TIS con sonda nasogástrica que confirma nivel de fístula e ingreso programado para cirugía.

Cristina Bienert Groetsch(1);Carlos Quílez Cuartero(1);María Sánchez Pérez(1);Rocío Solano Sánchez(1);Natalia García Sánchez(1);Laura Trujeque Camacho(1);Alba Giménez Pérez(1);Gloria Lojo Piñeiro(1)

(1)Hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca

---

### CASO CLÍNICO: EMPLEO DE LA SACAROSA EN UNA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

La sacarosa se ha utilizado para múltiples usos en la práctica clínica, entre ellos para favorecer la cicatrización de las heridas, ya que en sus propiedades contiene un estimulante para esta cicatrización aparte de un efecto bactericida. Gracias a esta se crea un medio hiperosmótico, disminuyendo la cantidad de agua y provocando un descenso en la proliferación bacteriana, produciendo además una reducción en el olor de la lesión al modificar el metabolismo bacteriano, disminuyendo la producción de ácido láctico y evitando las sustancias generadas como amonio, aminos y compuestos azufrados. Por otra parte, la sacarosa atrae a los macrófagos que participan en la limpieza de la herida ya que aceleran el desprendimiento de los tejidos desvitalizados, necróticos y/o gangrenosos.

#### CASO:

Paciente de 12 años que sufre quemaduras con >30% SCQ de segundo y tercer grado. Durante su ingreso sufre una infección por perforación intestinal secundaria a un quiste intestinal, la herida quirúrgica se infecta en el postoperatorio y se producirá una dehiscencia de la misma.

#### OBJETIVO:

Demostrar la evidencia del uso de la sacarosa en las heridas y desarrollar un plan de cuidados según la taxonomía normalizada (NANDA, NIC, NOC).

#### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Diagnostico NANDA: 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c disminución perfusión tisular, infección. m/p exudado, pérdida de la continuidad de la piel.

NOC: curación de la herida: por primera intención

NIC: Control de infecciones

- Lavado profundo de la herida con suero fisiológico.

- Retirar el tejido necrótico realizando un desbridamiento de los bordes de la herida,

- Impregnar con sacarosa y taparla con un apósito oclusivo.

NANDA: 00132 Dolor agudo m/p conducta expresiva (llantos, irritabilidad, agitación,) r/c agentes lesivos.

NOC:2102 Nivel del dolor.

NIC: 2210 Administración de analgésicos.

- Administración de sedoanalgesia durante las curas (ketamina y metamizol).

Como conclusión a las tres semanas del tratamiento con sacarosa en la herida quirúrgica, dejo de presentar esfacelos, supuración y se pudo preparar para un cierre directo o por primera intención en quirófano. Actualmente la herida no presenta signos de infección y ha cicatrizado correctamente.

Laura Galant Perez(1);Teresa Bonanad Carrasco(1);María del Mar Moreno Sánchez(1);Ana Lorente Beltrán(1);Naila Palazón Nieto(1);Paloma Vivancos Medina(1);Isabel Martín De Almagro(1);Laura Ayala Alcolea(1)

(1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

---

### ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA POR VARIANTE GENÉTICA CLCN6: LA NIÑA QUE COMÍA SIN RESPIRAR.

La Hospitalización Domiciliaria Infantil ofrece una alternativa efectiva y segura para pacientes crónicos complejos, que en ocasiones presentan enfermedades extremadamente raras.

Presentamos el caso de una lactante de 20 meses con antecedente de hipotonía y retraso psicomotor, en seguimiento por Neuropediatría, con arrayCGH normal. Ingresó en UCI-Pediátrica por un episodio de palidez y deterioro del nivel de conciencia, con respiración inefectiva, precisando VMI. Se le realizaron múltiples pruebas complementarias, entre las que destacaba una RM cerebral con datos compatibles con romboencefalitis.

Fue dada de alta siendo independiente para la alimentación por vía oral, pero dependiente de ventilación mecánica a través de traqueotomía, con sospecha inicial de romboencefalitis de causa mitocondrial, que posteriormente se descartó. Se solicitó un exoma clínico, en el que se identificó una variante patogénica heterocigota tipo missense, de novo, en el gen CLCN6 (c.1658A>G). La evolución del desarrollo psicomotor y de sus necesidades de ventilación mecánica ha sido positiva.

El gen CLCN6 codifica para la proteína CIC6, un transportador de iones H<sup>+</sup> y Cl<sup>-</sup> en los lisosomas de las células nerviosas. Una variante que aumente su función conlleva una producción de grandes vesículas lisosomales en el sistema nervioso central, relacionándose con una enfermedad neurodegenerativa de inicio en los primeros meses de vida.

El cuadro se caracteriza por atrofia cortical progresiva, hipotonía, insuficiencia respiratoria y regresión del desarrollo. En la RM cerebral es característica la restricción de la difusión en pedúnculos cerebrales y mesencéfalo.

Existen 3 casos publicados de esta mutación, en los cuales se ha descrito, entre otros, vejiga neurógena, neuropatía sensitiva periférica y rasgos particulares (hipertelorismo, cejas arqueadas, filtrum largo). Debido a la insuficiencia respiratoria, todos precisan traqueotomía y ventilación mecánica, como es nuestro caso. Sin embargo, a diferencia de nuestra paciente, todos los descritos se alimentan a través de gastrostomía. A pesar de tratarse de una enfermedad extremadamente rara, nuestra paciente nos hace plantearnos que exista una expresividad variable, y que la intervención de Hospitalización Domiciliaria Infantil de forma multidisciplinar con otros equipos, como Atención Temprana y Fisioterapia, puede ser fundamental. No obstante, el pronóstico es muy grave y actualmente no existe tratamiento específico.

María Sánchez Pérez(1);Laura García Cobarro(1);Alba Giménez Pérez(1);Elena Párraga Pagán(1);María José Monreal Campos(1);Cristina Bienert Groetsch(1);Gloria Lojo Piñeiro(1);José Ángel Guardiola Olmos(1)

(1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

---

## PRIMER AÑO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU DE BARCELONA: REVISAR PARA MEJORAR

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Hospitalización Domiciliaria (HaD) es una alternativa a la hospitalización tradicional que ofrece atención sanitaria de complejidad hospitalaria en el hogar, reduciendo la estancia hospitalaria. Desde enero de 2023, nuestro Servicio de Pediatría ha derivado pacientes a dos equipos de HaD territoriales, el Servicio de HaD de adultos de nuestra zona (HaDa) y la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrico (HaDp) de otro centro. Se revisaron los pacientes atendidos y se propusieron mejoras.

### RESUMEN

Se incluyeron 10 pacientes de 3 a 17 años (6 mujeres), divididos entre HaDa y HaDp. Todos presentaban infecciones complicadas que requerían tratamiento prolongado: 3 neumonías necrosantes, 2 abscesos intraabdominales, 2 empiemas cerebrales, 2 infecciones osteoarticulares y 1 infección de craneoplastia. La mediana de hospitalización en planta fue de 14 días (7-86) y en el domicilio de 12 días (3-61). En 6/10 pacientes se ajustó el tratamiento para facilitar la HaD. Ocho pacientes fueron dados de alta de HaD, uno presentó secuelas (hidroneumotórax) y dos requirieron reingreso.

A pesar de la experiencia positiva de los profesionales, se identificaron inquietudes sobre la falta de registro en nuestro centro de la evolución de los pacientes en HaD, la necesidad de revaloración por los facultativos responsables, la optimización de la duración de los tratamientos antibióticos y las vías de comunicación entre centros. No se ha evaluado la experiencia de los pacientes y sus familias.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La HaD mejora significativamente la asistencia a nuestros pacientes y debe ser potenciada. La evolución de los pacientes ha sido positiva y las complicaciones observadas no están relacionadas directamente con su ingreso en el domicilio. La revisión del circuito y de los pacientes ha revelado áreas de mejora, principalmente relacionadas con el cambio de equipo asistencial y centro de referencia. La creación de un equipo HaD pediátrico en nuestro centro podría solucionar estos problemas. Alternativamente, se propone establecer vías de comunicación seguras y eficaces entre los equipos hospitalarios y domiciliarios, incluyendo revisiones periódicas por infectología pediátrica. Además, será esencial valorar la experiencia de los pacientes y sus familias mediante encuestas de satisfacción y una escucha activa de sus opiniones.

José María Valle-T-Figueras(1);Alejandra Pérez Restrepo(1);Núria Brun Lozano(1);Pablo Escribano Sanz(1);Eulàlia Villegas Bruguera(2);Ariadna Carsi Durall(3);Gemma Garcia del Cerro(1);Susana Boronat(1)

(1)Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona;(2)Hospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral, Barcelona;(3)Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

---

## SHOCK HIPOVOLÉMICO DE ETIOLOGÍA INFRECLENTE.

### INTRODUCCIÓN:

El shock hipovolémico se caracteriza por una insuficiencia circulatoria generalizada con perfusión tisular insuficiente para satisfacer las demandas de los órganos y tejidos vitales, como consecuencia de un volumen circulante inadecuado. La etiología puede ser múltiple y requiere un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos un caso de shock grave de etiología infrecuente.



## CASO CLÍNICO:

Lactante de 2 meses sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por deposiciones líquidas, vómitos y sensación distermia. Es alimentado con lactancia artificial desde el nacimiento, con vómitos frecuentes y sensación de molestias abdominales durante las tomas, realizando varios cambios de fórmulas artificiales, sin mejoría. En la exploración destaca TEP inestable por los tres lados. Mal estado general, palidez cutánea, cutis reticular, relleno capilar de 4 segundos, quejido, obnubilado y fontanela anterior deprimida. Ante shock descompensado se monitoriza, se inicia oxigenoterapia, se canaliza vía venosa periférica para expansiones de volumen e inicio de antibioticoterapia empírica con cefotaxima. Se extraen pruebas complementarias mostrando acidosis metabólica grave isonatémica (pH 6.76, pCO<sub>2</sub> 30.9 mmHg, HCO<sub>3</sub> 4.4 mmol/L) y daño renal agudo estadio KDIGO 2 de etiología prerrenal. Precisa fluidoterapia con pérdidas estimadas del 10% y reposición de bicarbonato. Mejoría progresiva del cuadro hasta su normalización. En estudios analíticos destaca hiperamoniemia leve y elevación de metahemoglobinemia. Al reiniciar fórmula de inicio presenta vómitos intermitentes y reinicio de diarrea. Se decide inicio de fórmula de arroz con normalización de la clínica. Control gasométrico y de amonio normal previo al alta. Estudio metabólico normal. Cumple criterios de síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) crónico con forma de presentación grave por lo que se remite a consultas de Gastroenterología. Actualmente excelente evolución ponderoestatural y de desarrollo psicomotor.

## CONCLUSIONES:

Ante lactante con vómitos repetidos o diarrea cuando se ingiere un alimento sospechoso se debe pensar en FPIES. En casos grave puede dar lugar a deshidratación, acidosis metabólica e hipotensión, siendo necesario hacer diagnóstico diferencial con cuadros sépticos, entre otros. En el 40% de los casos es causado por la proteína de leche de vaca. El criterio diagnóstico más importante será la resolución de los síntomas tras la eliminación del alimento.

Andrea Moreno Herrera(1);Samuel Esquivia Soto(1);Alba Rodríguez Sánchez(1);Paula Domingo Alemán(1);Pablo Chicano Cazaña(1);José María Donate Legaz(1)

(1)Hospital universitario Santa Lucía

---

**NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS**

## INTRODUCCIÓN:

La infección por *M.pneumoniae* es responsable de gran variedad de manifestaciones clínicas, tanto respiratorias como extra-respiratorias, siendo infrecuente la afectación renal. Por otro lado, la nefritis tubulo-intersticial aguda (NTIA) es una causa frecuente de insuficiencia renal aguda (IRA) en pediatría (7%).

## RESUMEN:

Adolescente de 12 años, derivado por cuadro gastrointestinal, astenia y pérdida ponderal de 5 días de evolución, asociando IRA (creatinina 1.2mg/dL), descenso del filtrado glomerular y proteinuria no nefrótica. En centro emisor realizan ecografía renal normal y analítica donde destaca ANCA débilmente positivos, por lo que se inicia corticoterapia EV. Presenta creatinina máxima de 2.07mg/dl, y acidosis metabólica con diselectrolitemias que requieren correcciones EV. Por IRA no filiada se realiza biopsia renal compatible con NTIA por lo que se mantiene tratamiento con corticoterapia, destacando positividad de IgM e IgG para *M.pneumoniae*. Se orienta como agente causal del cuadro y se añade tratamiento con azitromicina, presentando buena evolución clínico-analítica.

Adolescente de 15 años remitido por IRA (Creatinina 4.3mg/dl) y elevación de reactantes de fase aguda (RFA) en contexto de fiebre tras 2 semanas de completar tratamiento con amoxicilina-clavulanico, ibuprofeno y corticoterapia por flemón periamigdalino. Asocia leucocituria moderada, orientándose como NTIA. Se amplía estudio con radiografía de tórax que evidencia infiltrados bibasales, iniciándose tratamiento con ceftriaxona EV. Persiste febril con aparición de rash maculo-papular e hiperemia conjuntival y RFA, se solicitan serologías bacterianas (inicialmente negativas),

marcadores de autoinmunidad y oncohematológicos (negativos) y biopsia renal que confirma NTIA. Por cuadro sugestivo de infección por *M.pneumoniae*, se inicia empíricamente azitromicina con buena evolución clínico-analítica. Previo al alta, se repiten serologías destacando positividad de IgM e IgG para *M.pneumoniae* por lo que se orienta como agente causal de la NTIA.

#### CONCLUSIÓN:

La presencia de IRA secundaria a NTIA, junto con serologías positivas para *M.pneumoniae*, puede ser útil para el diagnóstico de esta entidad y la evolución clínico-analítica tras el inicio del tratamiento específico sugerirán una relación causal en estos casos. Se trata de una manifestación poco frecuente de la infección por *M.pneumoniae*, por lo que es importante descartar otras etiologías (deshidratación, shock, fármacos, procesos onco-hematológicos y reumatológicos).

Alicia Suñé Aznárez(1); Laura Fernández Vallespín(1); Carla Donado-Mazarrón García(1); Pedro Arango Sancho(1); Mariona Fernández de Sevilla Estrach(1); Juan Jose Garcia Garcia(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

## DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE WILLIAMS TRAS UN HALLAZGO INCIDENTAL

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome de Williams es una entidad genética poco frecuente que consiste en un trastorno del desarrollo que asocia malformaciones cardíacas, retraso psicomotor de grado variable, rasgos particulares y un perfil cognitivo y conductual específico. Se presenta el caso de un lactante con diagnóstico de síndrome de Williams tras el hallazgo incidental de un soplo sistólico durante una consulta en el servicio de urgencias por otro motivo.

### RESUMEN DEL CASO:

Se trata de un lactante de dos meses que acude a urgencias por dificultad respiratoria y requiere ingreso hospitalario por una bronquiolitis moderada que precisa oxigenoterapia para mantener adecuadas saturaciones de oxígeno. Como único antecedente de interés destaca una herniorrafia inguinal izquierda tres días antes. En la exploración física durante su estancia en urgencias se objetivan rasgos particulares (filtrum largo, micrognatia y pabellones auriculares de implantación baja) y un soplo sistólico II/VI panfocal, no detectado previamente. Permanece ingresado durante tres días, sin incidencias, presentando mejoría clínica progresiva. Previo al alta es valorado por Cardiología Infantil por el soplo detectado, que realiza un ECG sin alteraciones y un ecocardiograma en el que presenta una hipoplasia de ramas pulmonares y estenosis supra valvular aórtica leve. Ante dichos hallazgos y bajo la sospecha clínica de síndrome de Williams, se contacta con Genética Médica, que solicita un arrayCGH urgente en el que se desvela una microdelección el cromosoma 7q11.23, confirmando el diagnóstico de dicho síndrome. Se inician entonces las recomendaciones y solicitudes de valoración por distintos especialistas para el adecuado seguimiento de este paciente.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Los individuos afectados de síndrome de Williams requieren un abordaje multidisciplinar durante toda su vida: monitorización cardíaca estrecha y control de niveles de calcio sérico, valoración oftalmológica, planificación preanestésica cautelosa por posibles complicaciones cardiovasculares, entre otros. Estos pacientes también pueden beneficiarse de programas de intervención temprana y grupos de apoyo. Por lo tanto, es esencial realizar una valoración integral del paciente pediátrico no conocido e investigar cualquier hallazgo detectado en la exploración física, ya que puede contribuir al diagnóstico precoz de patologías poco frecuentes, que a priori pueden pasar desapercibidas.

Elena Párraga Pagán(1);Rocío Pérez Crespo(1);María Pérez Cebrián(1);Cristina Bienert Groetsch(1);Xènia Claver Pros(1);Laura Trujeque Camacho(1);Gloria Lojo Piñeiro(1);Alba Giménez Pérez(1)

(1)Hospital Univeristario Virgen de La Arrixaca

---

## ¿OBSTRUCCIÓN O PSEUDO-OBSTRUCCIÓN? ESA ES LA CUESTIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO EN NIÑA CON TRISOMÍA 18 EN MOSAICO.

### INTRODUCCIÓN:

Los cuadros clínicos de obstrucción/pseudo-obstrucción intestinal requieren un amplio diagnóstico diferencial, siendo claves los antecedentes personales y quirúrgicos.

Exponemos el caso de una niña con múltiples episodios "pseudo-obstructivos" que precisaron un abordaje integral.

### RESUMEN DEL CASO:

Niña de 9 años con antecedentes de trisomía 18 en mosaico y retraso psicomotor grave.

Ingresó por vómitos y estreñimiento con marcada distensión abdominal y deshidratación. Presentó analítica anodina y radiografía de abdomen con importante distensión de asas (Figura-1A). Se realizó TAC con obstrucción intestinal en asa cerrada con severa dilatación colónica y signos de sufrimiento intestinal. Preciso laparotomía exploratoria sin visualizar vólvulo, pero con marcada dilatación en sigma realizándose sigmoidostomía de descarga.

Durante el seguimiento continuó con episodios sugerentes de pseudoobstrucción (Figura-1B) manteniendo tránsito espontáneo que precisaron sondaje y fisioenema a través de sigmoidostomía y descompresión manual.

Reingresó con nuevo episodio obstructivo con hipopotasemia (2.4 mmol/L) con alteración de la repolarización secundaria y daño renal prerrenal KDIGO I. Se realizó sondaje mantenido nasogástrico y en sigmoidostomía para aliviar distensión abdominal y se inició nutrición parenteral total ciclada. El estudio hormonal e infeccioso de dismotilidad resultó negativo con tránsito digestivo con peristaltismo aumentado en intestino delgado y colon muy dilatado, pero con salida final de contraste por ostomía.

Como complicaciones de la nutrición parenteral prolongada presentó desnutrición aguda, sobrecrecimiento bacteriano intestinal, sepsis por bacteriemia por coagulasa negativo y trombosis venosa relacionada con catéter.

Finalmente, ante la evolución tórpida, se planteó laparotomía diagnóstica en quirófano con evidencia de hernia interna en defecto de mesocolon. Se realizó reducción de hernia y resección colónica con anastomosis término-terminal. Tras esta cirugía la paciente toleró alimentación por boca sin nuevos episodios obstructivos.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

Los trastornos gastrointestinales y los cuadros obstructivos (mecánicos tipo vólvulo o funcionales) están descritos en los pacientes con trisomía 18. En nuestro caso, estos antecedentes personales junto con la sospecha de cuadro funcional derivaron en un retraso diagnóstico y terapéutico que ocasionó complicaciones nutricionales, infecciosas y hematológicas.

Es fundamental un manejo intensivo y coordinado con cirugía en estos cuadros para establecer un plan diagnóstico y terapéutico adecuado al paciente y evitar complicaciones.

Alicia Fernández González(1);Juan José Escalonilla García(1);Emilia Rubio Atienza(1);Irene Minguete De La Paz(1);César Sánchez Sánchez(1);María Del Carmen Miranda Cid(1);Blanca Toledo Del Castillo(1);Jimena Pérez Moreno(1)

(1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón

---

## "LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA PEDIÁTRICA: NO OLVIDEMOS LO FRECUENTE"

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una entidad infrecuente en pediatría, si bien puede tener consecuencias potencialmente graves y poner en riesgo la vida del paciente. La anamnesis y exploración física son claves para su diagnóstico y tratamiento, así como para la prevención de recurrencias y situaciones de gravedad.

Los principales objetivos de este caso son destacar el algoritmo diagnóstico de la HDA, identificar las principales causas, síntomas de alarma y finalmente enfatizar la comunicación con las familias para asegurar el adecuado cumplimiento terapéutico.

### RESUMEN DEL CASO

Varón de 13 meses, importante barrera idiomática con familiares, reingresado por anemia microcítica en contexto de HDA precisando transfusión de concentrado de hematíes por hemoglobina de 5.9 g/dl. Asocia además fallo de medro y desnutrición. En ingreso previo, por misma sintomatología, serología del VHS positiva y lesiones ulcerativas sospechosas de esofagitis herpética, las cuales se biopsian. Sin embargo, se descarta la existencia del VHS en las muestras tomadas y las pruebas realizadas confirman la existencia de esofagitis por reflujo gastroesofágico junto con hernia hiatal voluminosa. Como complicación durante el ingreso sufre trombosis venosa de vena basilar que requiere manejo conservador ante la contraindicación de anticoagulación dado la HDA. Al rehistoriar a los padres, mencionan síntomas compatibles con reflujo no descritos anteriormente y reportan no haber seguido correctamente el tratamiento con omeprazol oral prescrito. Dada la severidad de la clínica se presenta caso en comité para tratamiento quirúrgico.

### CONCLUSIONES

La HDA puede tener múltiples causas variables según la edad, localización del sangrado, gravedad e incluso el área geográfica. Algunas, como la esofagitis herpética, son infrecuentes y más comunes en niños inmunocomprometidos. Otras, como el reflujo gastroesofágico o la ingesta de fármacos gastrolesivos, son relativamente frecuentes y generalmente benignas. Si bien, no deben infravalorarse. Es crucial un diagnóstico preciso para un manejo hospitalario adecuado que asegure un tratamiento óptimo. Este caso subraya la importancia de considerar todas las posibles causas y la necesidad de una comunicación efectiva con las familias para garantizar el cumplimiento terapéutico y evitar complicaciones graves.

P Del Santo Fernández(1);S Ortega Varga(1);L Trujillo Caballero(1);V Vivó Porcar(1);A El Uardani Mohammed(1)

(1)Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada

---

### DIAGNÓSTICOS INESPERADOS CON LA ECOGRAFÍA CLÍNICA.

La ecografía a pie de cama (EPC) constituye una valiosa herramienta que permite la visualización de diversas estructuras anatómicas de manera no invasiva, ya que no emplea radiación ionizante, pudiéndose repetir de forma

seriada. Es una prueba segura rápida, fiable, de bajo coste. Complementa a la anamnesis y a la exploración clínica y , con una sistemática de estudio definida, puede confirmar o descartar enfermedades con una elevada fiabilidad, incluso en estado asintomático.

Destacamos la importancia de la EPC como complemento a la exploración física presentando cuatro casos de hallazgos casuales con repercusiones importantes sobre nuestros pacientes.

1- Niño de 13 años ingresado para estudio de un síndrome febril de larga evolución. Se realiza una EPC, cardíaca y abdominal donde se observa un quiste esplénico.

2- Lactante de 22 meses ingresado por broncoespasmo. Durante la realización de una EPC se observa un quiste esplénico.

3- Lactante de 2 meses que acude por estreñimiento. En la exploración se detecta un soplo sistólico, por lo que se le realiza un ecocardiograma, observándose una dilatación de las vías biliares. Realizamos una ecografía abdominal donde se visualiza un quiste en la vía biliar, la colangio resonancia confirma que se trata de un quiste de colédoco tipo IV.

4- Niña de 6 años ingresada por broncoespasmo a la que se realiza una EPC. En el plano subxifoideo, se observó un riñón derecho aumentado de tamaño acompañado de hidronefrosis. Estos hallazgos se confirman con una ecografía abdominal reglada y un TAC abdominal, objetivándose una hidronefrosis grado IV por una litiasis en la unión pieloureteral.

Creemos necesario incluir la ecografía a pie de cama en el currículo formativo del pediatra en formación y adjuntos. Es importante destacar que la EPC debe servir para complementar la valoración clínica y responder a cuestiones concretas de importancia en el manejo del paciente, sin pretender sustituir una evaluación ecográfica reglada por parte del cardiólogo o radiólogo cuando sean necesarias.

Marta Galices Garcia(1);María Ortiz Teba(1);Blanca Quiros Nieto(1);Pablo Baranguá Gómez-Calero(1);Marina Lara Garcia(1);Mariano Marin Paton(1);Ana Jiménez Moya(1);Rocío Risquete Garcia(1)

(1)Hospital Universitario Virgen Macarena

---

## PANCITOPENIA POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTE CON ALFA TALASEMIA INTERMEDIA

### INTRODUCCIÓN

La infección aguda por Parvovirus B19 es frecuente en Pediatría y suele presentar un curso benigno y autolimitado. En pacientes con anemias hemolíticas puede presentarse como crisis aplásica transitoria (7-10 días) y suele asociar fiebre, malestar y mialgias, sin exantema. En pacientes con condiciones asociadas a niveles de hemoglobina bajos (hemorragias o anemias severas) no suele provocar crisis aplásica, aunque puede prolongar la recuperación de la anemia.

### RESUMEN

Acude al Servicio de Urgencias un paciente de 9 años con antecedentes de alfa talasemia intermedia o hemoglobinopatía H por clínica de fiebre, mialgias y palidez de 24 horas de evolución. Dos semanas antes, su hermana, también afecta de alfa talasemia intermedia, presentó fiebre, exantema y anemia, requiriendo ingreso y transfusión de hematíes. Se realiza una analítica sanguínea en el paciente que revela anemia moderada microcítica arregenerativa sin signos de hemólisis, respecto a sus parámetros basales, además de neutropenia grave y plaquetopenia leve, con leve elevación de PCT (*Tabla 1*). Dada la pancitopenia y el contexto epidémico familiar, se solicita PCR para Parvovirus B19. Se valora con el Servicio de Hematología decidiéndose realizar una transfusión de hematíes e ingreso en Planta de Hospitalización de Pediatría con tratamiento con piperacilina-tazobactam dada la neutropenia febril y elevación de

PCT a la espera de hemocultivo y PCR para Parvovirus B19. Durante el ingreso se mantiene afebril y hemodinámicamente estable. A las 24 horas de ingreso, se realiza control analítico que muestra mejoría de la anemia, neutropenia y plaquetopenia (*Tabla 1*); el hemocultivo es negativo y la PCR para Parvovirus B19 es positiva, por lo que se orienta el caso como una crisis aplásica global en contexto de una infección aguda por Parvovirus B19. Se decide retirada de antibioterapia y alta hospitalaria con control ambulatorio donde presenta buena evolución clínica y analítica (*Tabla 1*).

#### CONCLUSIONES

Este caso remarca la importancia del reconocimiento precoz y manejo adecuado de las complicaciones infecciosas en pacientes con enfermedades hematológicas crónicas, en los que una infección aparentemente benigna, como es el Parvovirus B19, puede desencadenar un deterioro hematológico significativo, como una crisis aplásica global.

Emma Freijo Vázquez(1);Carla Fernández de Retana Leris(1);Guillem Brullas Badell(1);Maria Melé Casas(1)

(1)Hospital Sant Joan de Déu

---

# Y NO TODO ES PEDIATRÍA...

## *Kaizen*



Podcast para mentes curiosas, nacido en palabras del autor de la curiosidad y el azar. Aborda temas muy diversos, siempre en un formato riguroso, humilde y ameno, apoyado en una filosofía de mejora continua y conocimiento transversal. Sus capítulos, organizados en varias temporadas, se estructuran en tres formatos: monográfico corto de menos de media hora, entrevistas algo más largas y un variado de preguntas y respuestas. Apto para todas las personas con un espacio para oír y una voluntad de escuchar. No te dejará indiferente.

### **Kaizen**

**Jaime Rodríguez de Santiago**

Podcast (disponible en Ivoox®, Spotify®, Apple Podcast®)

Se despide, hasta el próximo número, el equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:

- **Pedro J Alcalá Minagorre.** *Hospital General Universitario (Alicante)*
- **David López Martín.** *Hospital Costa del Sol (Marbella)*

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

**ISSN 2603-6339**

Más información en [www.sepih.es](http://www.sepih.es)



Correspondencia: equipo editorial SEPIH; e-mail: [Revista\\_PedHosp@sepih.es](mailto: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](http://sepih.es)