



PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA
MONOGRÁFICO ESPECIAL IX REUNIÓN



ÍNDICE

EDITORIAL.....	3
Junta Directiva y Comité Organizador	3
Una red que tejemos juntos: el futuro de la Pediatría Interna Hospitalaria	3
Carta presentación Sociedad Iberoamericana Pediatría Hospitalaria (SIAPH).....	4
Una nueva sociedad pediátrica internacional que habla en español.....	4
COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO	5
PROGRAMA OFICIAL	6
Resumen plenarias y talleres	6
Pacientes en Tránsito: Protocolos, Experiencias y Riesgos en las Transferencias Inter e Intrahospitalarias.....	6
Aplicaciones de la inteligencia artificial en pediatría interna hospitalaria.....	15
Flash talk. Prevención del VRS en los más vulnerables: más allá de la hospitalización	
Desafíos clínicos interactivos: sepsis, autoinmunidad y autoinflamación.	20
Taller: Simulación de situaciones críticas. Respira hondo: cómo actuar ante un fallo respiratorio inminente.....	23
Taller. Comunicar en momentos difíciles: Protocolo SPIKES.	27
Taller. Nutrición en el paciente hospitalizado: decisiones clave para la evolución del paciente.....	30
Taller: Escape Room: medicamentos de alto riesgo en planta: ¿cómo salir sanos, salvos y seguros?	35
Taller: Sedoanalgesia avanzada en hospitalización: del dolor al confort	40
El laberinto del niño crónico complejo: claves para romper barreras asistenciales.	41
Desde la pediatría medioambiental. Medicina de las trayectorias en el niño hospitalizado. El mapa invisible de la enfermedad.....	50
Flash talk. Impacto de la vacuna 15-valente en la enfermedad neumocócica invasiva pediátrica.....	61
CONFERENCIA ESPECIAL: El reto del Síndrome Hemolítico Urémico. Clínica, seguridad e innovación	63
COMUNICACIONES LIBRES	64
Comunicaciones libres. Estudios	67
Comunicaciones libres. Casos clínicos	111

EDITORIAL

Junta Directiva y Comité Organizador

Una red que tejemos juntos: el futuro de la Pediatría Interna Hospitalaria

Queridos compañeros:

Tras esta Reunión SEPIH en Alicante, cuando hayamos vuelto a nuestros respectivos hospitales, responderemos con mayor convicción a la eterna pregunta...

Pero ¿quién es el pediatra responsable del niño? Especialmente cuando el paciente tiene una enfermedad crónica compleja, cuando intervienen múltiples especialidades, cuando ha pasado por diferentes unidades o centros, cuando su situación no puede entenderse desde un único punto de vista. La respuesta está clara: **“está a cargo de pediatra interna hospitalaria”**.

Nuestra especialidad persigue integrar problemas, coordinar a otros especialistas y acompañar al niño y a su familia a lo largo de procesos asistenciales cada vez más complejos. Como bien queda reflejado en el programa y comunicaciones presentadas, asumimos los retos de la hospitalización pediátrica en todas sus modalidades; la coordinación entre servicios, hospitales y niveles asistenciales; el desarrollo de nuevas formas de hospitalización; y el compromiso con la calidad, la seguridad y la humanización de la atención hospitalaria.

No se trata de ninguna ocurrencia o la reivindicación de pediatras generales que trabajan en el hospital. Como se recoge en el Libro Blanco de las especialidades pediátricas de la AEP, la Pediatría Interna Hospitalaria consta de un área competencial propia, con elementos diferenciales y un nivel de conocimiento y formación cada vez más amplio y específico,

que también se avanza cada día a través de nuestros grupos de trabajo, la investigación y el intercambio de experiencias con sociedades de otros países. Y, sobre todo, se construye trabajando juntos.

En esta IX Reunión, compañeros de decenas de hospitales de toda España se han encontrado y compartido modelos organizativos, experiencias y proyectos. Y también con naciones hermanas, acogiendo el nacimiento de la Sociedad Iberoamericana de Pediatría Hospitalaria (SIAPH). Todo ello bajo un objetivo común: lograr la mejor atención integral del niño hospitalizado en cualquier contexto. Y de ese encuentro nace algo importante. **Una red. Un proyecto común. Una forma de entender la atención hospitalaria pediátrica que necesita sumar a todos los que, cada día, desempeñan este papel en nuestros centros.** Las alianzas que estamos estableciendo en la SEPIH, dentro y fuera de España, y los vínculos con proyectos como la SIAPH, nos muestran además el enorme potencial de trabajar en comunidad.

Te necesitamos en este proyecto... en los distintos grupos de trabajo, en los proyectos de investigación, en la mejora de la docencia de los residentes que han apostado por nuestra especialidad, en el desarrollo de la especialidad en tu centro... Para que de esta forma en la próxima Reunión SEPIH **-Madrid, 2028-** podamos ver que esta red ha dado sus frutos, y que sea gracias a ti.

Junta Directiva y Comité Organizador Reunión
SEPIH

SIAPH: unidos por el cuidado del niño hospitalizado

Carta presentación Sociedad Iberoamericana Pediatría Hospitalaria (SIAPH)

Una nueva sociedad pediátrica internacional que habla en español

Estimados compañeros:

Es un honor para mí presentaros en primicia el nacimiento de una nueva sociedad pediátrica: la Sociedad Iberoamericana de Pediatría Interna Hospitalaria (SIAPH).

Esta sociedad nace con el propósito de construir puentes, compartir conocimientos, sumar fuerzas, en definitiva, mostrar al mundo la realidad de nuestra profesión, la pediatría, en el ámbito de la Pediatría Interna Hospitalaria.

Nos une con nuestros hermanos iberoamericanos no sólo una cultura y unas tradiciones comunes, sino además una visión del mundo que nos rodea. Es, por tanto, lógico pensar que coincidamos en tantas situaciones relacionadas con el manejo del niño, niña o adolescente hospitalizado.

Realidades sociales diversas, pero problemas comunes, lo que puede aportar riqueza en las propuestas de mejorar la vida de nuestros pacientes y sus familias.

Establecer un marco común donde aportar cada uno su punto de vista beneficiará sin duda el trabajo de todos.

Esta Sociedad nace con la vocación de asociación de individuos, no de sociedades, abierta a acoger a pediatras y personal sanitario relacionado con el cuidado de nuestra infancia, enfocado especialmente en el ámbito de la hospitalización, no sólo convencional, sino también domiciliario.

Si te sientes identificado con nuestro objetivo, y quieres contribuir a este proyecto, serás bienvenido en nuestra sociedad, que pretende ser referente dentro de la atención pediátrica hospitalaria en el mundo iberoamericano.

Te esperamos.

Enrique Villalobos Pinto
Presidente Interino SIAPH

www.siaph.org



SIAPH

Sociedad Iberoamericana
de Pediatría Hospitalaria

COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO

Comité Organizador

Presidente

Dr. Pedro J. Alcalá
Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante

Secretario

Dr. César Gavilán
Hospital Universitario San Juan. Alicante

Vocales

Dr. Juan Utrero
Hospital HLA Vistahermosa. Alicante

Dra. Ester Pérez
Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante

Dra. Beatriz Castillo
Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante

Dra. María Sánchez
Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy

Dra. Ivana Melina
Laboratorio de Simulación Clínica. SimIA Isabial.
Hospital Universitario Dr. Balmis.

Dr. José Navarro
Laboratorio de Simulación Clínica. SimIA Isabial.
Hospital Universitario Dr. Balmis.

Dr. Pepe Mut
Hospital de Denia. Alicante

Sra. Rebeca M Gracia
Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante

Comité Científico

Presidente

Dr. Pedro J Alcalá. Alicante

Secretario

Dr. César Gavilán. Alicante

Vocales

Dra. Rosa Rodríguez. Madrid
Dr. Enrique Villalobos. Madrid
Dr. Juan José García. Barcelona
Dr. Enrique Villalobos. Madrid
Dr. Miguel Ángel Vázquez. Vizcaya
Dra Beatriz Agúndez. Madrid
Dra. Virginia Santana. Madrid
Dr. José Ángel Guardiola. Murcia
Dra. Laura Castells. Barcelona
Dr. Marc Tobeña. Barcelona
Dra. Laura Hernández. Murcia
Dr. Juan Utrero. Alicante
Dra. Ester Pérez. Alicante
Dra. Beatriz Castillo. Alicante
Dra. María Sánchez. Alicante
Dra. Ivana Melina. Alicante
Dr. José Navarro. Alicante
Dr. Pepe Mut. Alicante
Sra. Rebeca M Gracia. Alicante

PROGRAMA OFICIAL

Resumen plenarias y talleres

Jueves 22 de octubre

Pacientes en Tránsito: Protocolos, Experiencias y Riesgos en las Transferencias Inter e Intrahospitalarias

Dr. Josep Mut Buigues. Hospital de Denia. Alicante
D^a Rebeca M. Gracia Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante
Dra. Aina Martínez Planas. Servicio de Pediatría y Transporte Pediátrico. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
Dr. Pedro J. Alcalá Minagorre. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción

Esta mesa multidisciplinar y práctica se centra en aspectos críticos para la seguridad del paciente pediátrico durante la transferencia asistencial, abordando criterios de traslado y aceptación, transporte interhospitalario, comunicación estructurada (IDEAS), recepción segura, rol de enfermería y traslado intrahospitalario. A través de un caso clínico transversal y vídeos breves, se revisan todas las fases del traslado, los procesos de transferencia entre los profesionales implicados, los puntos clave en todas las fases del proceso, los errores frecuentes y la anticipación a los problemas más frecuentes.

Debido a las particularidades fisiopatológicas, las patologías específicas y las necesidades asistenciales propias del paciente pediátrico y neonatal, en los últimos años se han desarrollado en nuestro país unidades de transporte especializadas, aunque con implantación territorial muy asimétrica. Además, aunque constituyen un recurso indispensable y mejoran la seguridad y la calidad asistencial, por sí solas no son suficientes si no se acompañan de

un trabajo coordinado y paralelo entre todos los agentes implicados en el traslado del paciente en los centros emisores y receptores.

Importancia de los traslados. Frecuencia, riesgos asociados

El traslado de pacientes es una necesidad asistencial cotidiana para que el nivel de cuidados sea adecuado, dada la naturaleza dinámica y compleja de la atención del paciente, especialmente si presenta patología grave. No sólo nos referimos a los traslados intercentros, justificada por la distribución centralizada de recursos especializados en los territorios, sino también en el propio hospital por necesidades asistenciales cambiantes en función del estado del paciente. Algunos datos que nos permiten dimensionar el gran volumen asistencial de los traslados:

En hospitales terciarios, hasta el 14% de los ingresos hospitalarios son traslados a otro hospital.

En series regionales, la mayoría de los traslados interhospitalarios pediátricos son urgentes (~90 %).

Según series nacionales, como en UK, la mitad de los ingresos urgentes en UCIP pediátrica acontecen tras la estabilización y traslado desde otro hospital.

Aproximadamente el 20% de los pacientes pediátricos hospitalizados van a requerir traslado urgente intrahospitalario (entre servicios pediátricos, unidades quirúrgicas y procedimientos diagnósticos invasivos o especializados)

Riesgos para la seguridad e implicación de todos los implicados

El traslado interhospitalario e intrahospitalario de pacientes pediátricos, especialmente aquellos con patologías graves o en situación crítica, constituye un proceso complejo asociado a un riesgo significativo de eventos adversos y amenazas para la seguridad. Estos riesgos no se limitan al propio transporte, sino que abarcan todo el proceso de transferencia asistencial, incluyendo la interacción de diferentes equipos y la comunicación entre profesionales, la estabilización previa y la continuidad de cuidados. Diversos estudios han documentado la aparición de eventos adversos durante el traslado, como inestabilidad hemodinámica, complicaciones respiratorias o fallos en los dispositivos, así como errores en la transmisión de información crítica, con grave riesgo para la seguridad asistencial.

Asimismo, factores organizativos y humanos, como la falta de estandarización, errores de comunicación o deficiencias en la preparación del paciente, incrementan este riesgo. La evidencia muestra que la participación de equipos especializados en transporte pediátrico mejora la estabilización y reduce la morbimortalidad, subrayando la importancia de la experiencia y la formación específica. No obstante, incluso en sistemas avanzados, persisten eventos significativos, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar indicadores de calidad, protocolos estandarizados y estrategias de mejora continua.

Contraste con otros ámbitos: La aviación

En contraste, la aviación civil ha alcanzado elevados estándares de seguridad mediante la implantación de protocolos obligatorios, estructurados y universalmente aceptados para todas las fases del transporte, con especial énfasis en la comunicación estandarizada y la gestión del error. Estas prácticas, integradas en una sólida cultura de seguridad, han demostrado reducir de forma

significativa los incidentes y mejorar los resultados globales. Este enfoque, respaldado por organismos internacionales como la Organización de Aviación Civil Internacional, constituye un modelo de referencia aplicable a la mejora de la seguridad en el transporte sanitario.

Definición de transferencia

El transporte implica mucho más que la movilización física del paciente, sino que comprende una transferencia de cuidados entre los implicados. El término transferencia, – handoff o handover en inglés –, corresponde al traspaso de responsabilidad de cuidados de un paciente entre profesionales sanitarios, a través de la transmisión efectiva de toda la información necesaria sobre salud, diagnósticos vigentes, necesidades y objetivos terapéuticos. Además del traslado de pacientes entre centros o dentro del mismo hospital, los procesos de transferencia están presentes en muchos actos cotidianos como los relevos asistenciales. En todos ellos, su principal propósito es mantener la continuidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente durante la transición de cuidados entre todos los implicados.

La transferencia de pacientes se considera un momento especialmente crítico para que se produzcan los errores de transmisión de información, responsables de más del 70% de los eventos adversos en el entorno sanitario. Garantizar la seguridad no es responsabilidad de un solo individuo, sino que requiere la implicación coordinada de todo el equipo multidisciplinar (médicos, enfermería y técnicos).

Fases del traslado: Un proceso continuo

El transporte de pacientes constituye un proceso continuo que incluye desde la decisión inicial hasta la reevaluación final en el destino. El proceso no termina cuando el paciente llega o sale la ambulancia, o bien llega al hospital receptor. Comprende todos estos procesos, secuenciales y en ocasiones simultáneos:

- Indicación

- Comunicación estructurada
- Aceptación responsable
- Preparación y estabilización
- Traslado
- Recepción segura
- Traslado intrahospitalario
- En todos: continuidad de cuidados y reevaluación

Indicación del traslado

Las indicaciones pueden ser clínicas (inestabilidad), de riesgo (potencial deterioro) u organizativas (falta de recursos o experiencia específica en el centro emisor).

La indicación de un traslado interhospitalario pediátrico se basa, en primer lugar, en la necesidad clínica del paciente y en la capacidad resolutoria del centro emisor. Se plantea cuando el niño presenta una patología que requiere recursos no disponibles localmente, como cuidados intensivos pediátricos, cirugía especializada, soporte ventilatorio avanzado o técnicas diagnósticas complejas. También influyen factores como la gravedad y evolución previsible del cuadro, el potencial beneficio del traslado frente a la permanencia, y la existencia de protocolos o redes asistenciales que definan circuitos de derivación.

A este respecto es importante conocer documentos orientativos, como el establecido por la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde se recogen criterios de admisión en dichas unidades de forma específica por disfunción de órganos y sistemas, así como procedimientos que pueden orientar la necesidad de traslado intra e interhospitalario. No obstante, estos criterios tienen que ser considerados en distintos sentidos. Determinadas unidades de hospitalización no crítica del hospital de referencia pueden asumir, en coordinación con la UCIP, inicialmente determinadas patologías que requieren cuidados intermedios. Y en otro sentido, centros con circunstancias como gran lejanía geográfica, o escasos recursos asistenciales pueden considerar un traslado

anticipatorio de pacientes con potencial deterioro a unidades asistenciales no críticas, pero con acceso inmediato a las mismas.

Sin embargo, la posibilidad real de traslado no depende solo de la indicación clínica, sino también de condiciones logísticas y de seguridad. Es fundamental valorar la estabilidad del paciente y su capacidad para tolerar el transporte, optimizando previamente la situación clínica (vía aérea, ventilación, hemodinámica). Además, deben considerarse la disponibilidad de un equipo de transporte especializado, los medios adecuados (terrestres o aéreos), la distancia y el tiempo estimado, así como la coordinación efectiva entre el centro emisor y receptor, incluyendo la aceptación formal del paciente.

Por último, el proceso requiere un equilibrio entre riesgo y beneficio, ya que el traslado en sí mismo conlleva eventos adversos potenciales. Por ello, la decisión debe ser individualizada, consensuada entre profesionales y, siempre que sea posible, comunicada a la familia. Un traslado está indicado cuando el beneficio esperado de la atención en el centro receptor supera claramente los riesgos asociados al transporte y cuando existen garantías razonables de realizarlo en condiciones seguras y coordinadas.

La premisa fundamental es: "No trasladamos por diagnóstico, trasladamos por riesgo".

Comunicación estructurada: SBAR e IDEAS

Con el fin de mejorar el manejo de la información clínica, se recomienda implementar el uso por parte de todos los profesionales implicados de herramientas específicas para el traspaso de cuidados en cada una de las fases del transporte del paciente.

Se trata de modelos normalizados de transferencia, que aplican listas de verificación de contenidos para el manejo estructurado y homogéneo de la información esencial, e impedir así la omisión de datos críticos. Se persigue crear

así un modelo mental compartido, para que la información sea transferida con una estructura objetiva, completa y ordenada.

La mayoría de estas herramientas emplean acrónimos formados con las iniciales de los contenidos críticos de la secuencia de información, como ayuda mnemotécnica. Los dos más extendidos en nuestro entorno son IDEAS y SBAR, que, pueden requerir adaptaciones según la cantidad y complejidad de la información relevante, así como del número de profesionales implicados en el proceso.

Método SBAR: Uno de los sistemas más conocidos (acrónimo de Situation, Background, Assessment, Recommendation).

Es un método o estrategia de seguridad originalmente desarrollada por la armada norteamericana, y que se ha ido adaptando desde la década del 90 al ámbito sanitario, con una gran difusión.

Método IDEAS: Publicado en el 2013 por R. Delgado, ha sido adaptado para el paciente pediátrico por algunos hospitales materno-infantiles a nivel estatal y promovido por sociedades científicas como la SEPIH. IDEAS es el acrónimo de Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y síntomas de alarma. Es una herramienta accesible, aplicable, de fácil memorización, rápida y eficaz. Está especialmente indicada para la transferencia de pacientes entre distintos servicios o unidades asistenciales. Consta de 5 apartados informativos, con los que se proporciona toda la información crítica para el seguimiento de un paciente, y permite preguntar y responder a todas las cuestiones principales relacionadas con el manejo clínico.

Aceptación responsable

La aceptación de un paciente para traslado interhospitalario por parte del hospital receptor constituye un acto clínico y organizativo de gran responsabilidad. No debe entenderse

como una mera confirmación administrativa, sino como una valoración consciente de la capacidad real del centro para hacerse cargo del paciente en condiciones de seguridad (tabla 1).

Tabla 1. Verificaciones recomendadas antes de aceptar el traslado

Valoración clínica Analizar la información clínica proporcionada por el hospital emisor, estimar la gravedad actual y prever posibles complicaciones o evolución durante las primeras horas tras la llegada. Capacidad asistencial Confirmar disponibilidad de cama hospitalaria adecuada (planta, unidad de observación, UCIP) y personal capacitado para el manejo del paciente. Recursos diagnósticos y terapéuticos Verificar acceso a pruebas urgentes, procedimientos o especialidades que puedan ser necesarias (cirugía pediátrica, cardiología, etc.). Plan de recepción del paciente Definir el circuito de llegada: ingreso directo en planta, paso por urgencias para reevaluación, o ingreso inmediato en UCIP u otra unidad especializada. Coordinación interna Informar a enfermería, admisión y unidades implicadas para preparar el entorno asistencial, reorganizar camas o activar medidas específicas como aislamientos infecciosos. Colaboración interhospitalaria Si el centro no puede asumir el caso por complejidad o limitaciones de recursos, facilitar alternativas: contacto con otras unidades del propio centro o con hospitales de referencia que puedan aceptar el traslado.

Antes de aceptar el traslado, el pediatra receptor debe analizar la situación clínica, prever la evolución probable y confirmar que el hospital dispone de los recursos diagnósticos, terapéuticos y humanos necesarios para el manejo del caso, evitando así que el paciente requiera un nuevo traslado imprevisto por falta de capacidad asistencial. Este proceso implica

comprobar aspectos organizativos clave, como la disponibilidad real de cama hospitalaria o de plaza en unidades específicas (por ejemplo, cuidados intensivos pediátricos), así como la accesibilidad a otras especialidades o unidades de referencia que pudieran ser necesarias si la situación clínica cambia.

Asimismo, debe definirse de forma clara el circuito de llegada del paciente al hospital receptor: ingreso directo en planta, paso previo por urgencias para reevaluación y estabilización, o traslado inmediato a una unidad de cuidados intensivos. Una aceptación responsable, basada en esta verificación previa, contribuye a reducir riesgos, evitar demoras asistenciales y garantizar la continuidad y calidad de la atención durante todo el proceso de transferencia.

Asimismo, la aceptación del traslado debe ir acompañada de una adecuada comunicación interna dentro del hospital receptor. Es necesario informar con antelación a enfermería y a los distintos recursos asistenciales implicados para permitir la preparación del entorno asistencial, lo que puede incluir la reorganización de camas, la reubicación de pacientes o la activación de medidas específicas como aislamientos infecciosos. Esta coordinación previa facilita una recepción segura y ordenada del paciente, minimizando riesgos y retrasos en la atención.

En aquellos casos en los que el hospital o servicio receptor no pueda aceptar el traslado, por exceder la complejidad clínica del paciente o por limitaciones de recursos disponibles, la respuesta no debe limitarse a una negativa. Es recomendable ofrecer apoyo al hospital solicitante, ya sea facilitando el contacto con otras unidades del propio centro que pudieran asumir el caso o ayudando a redirigir la solicitud hacia otros hospitales o unidades con capacidad disponible, colaborando en la medida de lo posible para encontrar la mejor alternativa asistencial para el paciente.

Activación del transporte. Selección del recurso en función del traslado y gravedad

La activación del transporte interhospitalario pediátrico debe realizarse tras la estabilización inicial y una valoración conjunta entre el hospital emisor y el receptor, definiendo la urgencia del traslado, el nivel de monitorización requerido y el recurso de transporte más adecuado. Diversas guías recomiendan que la elección del recurso se base en tres variables principales: gravedad clínica del paciente, distancia o tiempo estimado de traslado y disponibilidad de equipos especializados. Un enfoque estructurado permite evitar tanto retrasos en el traslado de pacientes críticos como el uso innecesario de recursos avanzados.

Además de la gravedad clínica, deben considerarse factores logísticos y organizativos, como la necesidad de soporte vital avanzado durante el trayecto, la estabilidad fisiológica del paciente y la accesibilidad al hospital receptor. En este sentido, los sistemas de transporte pediátrico especializados han demostrado mejorar la seguridad y la continuidad asistencial durante el traslado de niños críticamente enfermos.

Aunque el transporte aéreo puede reducir los tiempos de traslado en determinadas situaciones, la evidencia muestra que no siempre se asocia a mejores resultados clínicos, por lo que su utilización debe reservarse para situaciones en las que el tiempo o la distancia condicionan claramente la atención definitiva.

La activación del transporte pediátrico se fundamenta en la evaluación objetiva de la estabilidad clínica mediante escalas de triaje validadas como SCOPETAS (adaptada de la escala PT3). Este proceso se inicia con una valoración sistemática de los parámetros neurológicos, cardiovasculares y respiratorios, que asigna una puntuación numérica según la gravedad del deterioro, asignando recursos proporcionales a esa situación de riesgo (Tabla 2).

Un elemento crítico para la activación es la identificación de "diagnósticos significativos",

por su riesgo intrínseco de complicación, exigen un transporte especializado independientemente de que el paciente presente una puntuación clínica baja en ese momento. La implementación de estos criterios estandarizados busca la optimización de recursos y la reducción de la variabilidad clínica en la toma de decisiones.

La evidencia indica que el uso de estas escalas no solo mejora la seguridad del paciente al asegurar

que los casos más graves reciban el equipo más especializado, sino que también genera una mayor eficiencia en el uso de recursos.

Tabla 2-. Escala SCOPETAS. Score Pediátrico de Transporte en Asturias (SCOPETAS).Laso-Alononso et al

Sistema	0	1	2	3
Neurológico	Alerta, jugando, interactúa Glasgow 15 Dentro de su estado basal	Somnoliento, pero con respuesta a estímulos Llanto consolable Glasgow 13-14	Irritable, inconsolable Hipotónico Focalidad neurológica Glasgow <12 o >2 puntos respecto basal	Letárgico, confuso Pérdida de reflejo de tos y náusea Sedado o paralizado
Cardiovascular	Rosado Relleno capilar 1-2 s FC y/o TA <10% por encima o debajo de lo normal	Pálido Relleno capilar 3 s FC y/o TA 10% por encima o debajo de lo normal	Cutis marmórea Relleno capilar 3-4 s FC y/o TA 20% por encima o debajo de lo normal Cardiopatía congénita no reparada	Gris Relleno capilar <1 s o >4 s FC o TA 30% por encima o debajo de lo normal Necesidad de inotrópicos Arritmia inestable
Respiratorio	FR normal Sin trabajo respiratorio	FR >10 resp/min sobre lo normal Uso de musculatura accesoria Aleteo nasal Estridor con agitación O2 <3 L/min	FR >20 resp/min sobre lo normal Estridor en reposo O2 >3 L/min OAF/CPAP Nebulización continua Traqueostomía dependiente de VM Agotamiento muscular	FR >5 resp/min por debajo de lo normal Hipoventilación Alteración del nivel de conciencia Compromiso respiratorio BiPAP / VMI
Diagnósticos significativos				
Vía aérea	Neumotórax con compromiso respiratorio, obstrucción de vía aérea superior, historia de vía aérea complicada, fractura mandibular con compromiso de vía aérea			
Neurológico	Disfunción de válvula de derivación ventricular, masa intracraneal de nuevo diagnóstico, hemorragia intracraneal, status epiléptico o convulsiones de difícil control			
Gastrointestinal	Cuerpo extraño esofágico, vólvulo/malrotación intestinal, apendicitis perforada, hernia incarcerada			
Quirúrgico/Traumatológico	Quemaduras >5% superficie corporal, quemadura circunferencial Lesión cervical, síndrome compartimental, politraumatismo, fractura pélvica			
Otros	Probable infección en paciente inmunocomprometido, pérdida aguda de visión, cetoacidosis diabética, potasio >6.5 mmol/L, plaquetopenia <20.000/μL con sangrado			
Recomendaciones de transporte				
Puntuación máxima en una sola categoría	3: Médico + enfermería + técnico. Transporte más rápido posible 2: Médico + enfermería + técnico 1: Enfermería + técnico 0: Técnico			
Puntuación total	≥3: Médico + enfermería + técnico + transporte más rápido posible 1–2: Enfermería + técnico 0: Técnico			
Cualquier dx significativo	3: Médico + enfermería + técnico + transporte más rápido posible			

Estabilización del paciente ABCDE pediátrico

La decisión final de traslado debe equilibrar el beneficio potencial del manejo en un centro de mayor complejidad con los riesgos inherentes al transporte, asegurando que el paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles antes de iniciar el traslado.

La estabilización del paciente antes del traslado constituye uno de los pilares fundamentales de la seguridad en el transporte pediátrico. El objetivo principal es optimizar las funciones vitales y reducir al máximo el riesgo de deterioro clínico durante el traslado, un entorno donde los recursos diagnósticos y terapéuticos son necesariamente más limitados. Siempre que la situación clínica lo permita, debe priorizarse una estabilización adecuada frente a un traslado precipitado, ya que numerosos eventos adversos durante el transporte se relacionan con problemas no detectados o no corregidos previamente.

La valoración inicial debe seguir un enfoque sistemático basado en ABCDE, con especial atención a la permeabilidad de la vía aérea, la estabilidad respiratoria y hemodinámica, el estado neurológico y el control metabólico. Esto incluye asegurar una vía aérea estable (considerando la intubación si existe riesgo de deterioro), optimizar la ventilación y oxigenación, establecer accesos vasculares fiables, iniciar el tratamiento de la inestabilidad hemodinámica, corregir alteraciones metabólicas relevantes y proporcionar analgesia y sedación adecuadas cuando sea necesario. Asimismo, deben revisarse los dispositivos, la monitorización y la fijación de catéteres o drenajes para evitar complicaciones durante el transporte.

Esta lista de verificación debe comprobarse a la llegada del equipo de traslado, reajustando su nivel asistencial si se produce un cambio significativo desde que se activó la solicitud de transporte (Tabla 3).

Tabla 3: Checklist previa transporte

A – Airway (Vía aérea)
• ¿Vía aérea segura? • ¿Necesidad de intubación previa? • ¿Tubo bien fijado y posición comprobada?
B – Breathing (Respiración)
• Saturación estable • Ventilación adecuada • Gasometría si relevante
C – Circulation (Hemodinámico)
• Acceso IV/IO seguro (≥1–2 accesos) • Shock tratado • Bombas de infusión funcionando
D – Disability (Sistema Nervioso Central)
• Nivel neurológico documentado • Glucemia comprobada y corregida
E – Exposure / Environment (Exposición/Ambiente)
• Control de temperatura • Inmovilización si trauma
Dispositivos
• Tubos, drenajes y catéteres bien fijados
Monitorización
• ECG • SatO₂ • Presión arterial
Logística
• Oxígeno suficiente • Baterías
Medicación para el trayecto

El transporte especializado

El traslado interhospitalario del paciente pediátrico constituye una fase crítica del proceso asistencial, que comienza con la recepción del paciente por el equipo de transporte en el hospital emisor y finaliza con su transferencia formal al equipo del centro receptor. En primer lugar, el equipo debe realizar una recepción estructurada de la información clínica y una reevaluación sistemática del estado del paciente, confirmando la indicación del traslado y su estabilidad para el transporte. Esta valoración debe incluir una revisión del ABC (vía aérea, respiración y circulación), el estado neurológico, la situación hemodinámica y los tratamientos en curso. Antes de iniciar el traslado es imprescindible optimizar la estabilización clínica, asegurar la fijación de dispositivos (vía aérea, accesos vasculares, drenajes) y garantizar una

monitorización adecuada y el funcionamiento correcto de los equipos de transporte.

Una vez completada la preparación, el paciente se moviliza de forma segura a la camilla o incubadora de transporte y se conecta a los sistemas portátiles de monitorización, ventilación y perfusión. Durante el trayecto, el equipo de transporte debe mantener una monitorización continua de las constantes vitales, anticipar posibles complicaciones y registrar cualquier intervención realizada. La comunicación con el hospital receptor es también un elemento clave, ya que permite actualizar la situación clínica del paciente y asegurar que el equipo receptor esté preparado para la llegada.

El transporte sanitario implica, sin embargo, riesgos inherentes al propio traslado, derivados tanto de la situación clínica del paciente como del entorno.

Estos riesgos pueden verse incrementados por las condiciones específicas del

transporte terrestre o aéreo. En el transporte terrestre, las vibraciones, aceleraciones y frenadas pueden afectar a la estabilidad del paciente y a la precisión de la monitorización.

En el transporte aéreo, especialmente en helicóptero o avión, se añaden factores fisiológicos adicionales como cambios de presión atmosférica, expansión de gases, hipoxia relativa, ruido intenso y vibraciones, que pueden repercutir en la ventilación, la presión de los dispositivos con aire (neumotaponamientos, sondas, drenajes) y la estabilidad hemodinámica. Por ello, la correcta estabilización previa, la preparación del equipo y la comunicación estructurada con el centro receptor son elementos fundamentales para minimizar el riesgo de deterioro clínico durante el traslado y garantizar una transferencia segura del paciente. Las fases y acciones del proceso de transporte interhospitalario se encuentran resumidas de forma estructurada en la tabla 4.

Tabla 4.- elementos y acciones que integran el proceso del transporte interhospitalario	
Fase	Contenidos principales
1. Recepción del paciente en hospital emisor	Presentación del equipo de transporte; verificación de identidad e indicación del traslado; recepción estructurada de la información clínica; revisión de documentación e informes.
2. Reevaluación clínica	Valoración sistemática ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico, perfusión, temperatura, accesos vasculares y dispositivos)
3. Estabilización previa	Optimización de vía aérea y ventilación; soporte hemodinámico; analgesia y sedación; corrección de alteraciones metabólicas; control térmico; inmovilización si procede
4. Preparación para el transporte	Monitorización (ECG, SatO ₂ , presión arterial, capnografía si ventilación avanzada); revisión de ventilador, bombas de perfusión, oxígeno disponible y material de emergencia; fijación segura de dispositivos
5. Movilización al sistema de transporte	Transferencia segura a camilla o incubadora; conexión a monitorización y equipos portátiles; verificación final antes de la salida
6. Transporte y monitorización	Monitorización continua de constantes; registro de eventos; intervenciones clínicas si se precisan durante el trayecto
7. Comunicación con hospital receptor	Actualización del estado clínico durante el traslado; confirmación del tiempo estimado de llegada; preparación del equipo receptor
8. Llegada y transferencia	Traslado a la unidad receptora; conexión a equipos hospitalarios; entrega estructurada de la información clínica (handover)
9. Cierre del traslado	Confirmación de recepción del paciente; entrega de documentación clínica; registro del transporte y revisión del material del equipo

Funciones clave de la enfermería en estabilización y salida del hospital emisor

En el conjunto del traslado pediátrico, la enfermería desempeña un papel central como garante operativo de la seguridad del proceso. Su función no se limita a acompañar al paciente, sino a asegurar que cada elemento del traslado — clínico, técnico y humano— esté preparado para evitar eventos adversos. La literatura sobre transporte pediátrico destaca que los equipos especializados, frecuentemente liderados o integrados por enfermería con formación específica, reducen complicaciones evitables mediante vigilancia continua, verificación sistemática y detección precoz de deterioro clínico. En este contexto, la enfermera actúa como “guardia de seguridad del sistema”, anticipando fallos potenciales antes de que se conviertan en incidentes durante el traslado. Un elemento clave de este rol es la verificación activa de aspectos que con frecuencia pasan inadvertidos en situaciones de presión asistencial. Esto incluye desde la correcta fijación de accesos y la disponibilidad real de baterías, oxígeno o consumibles, hasta la comprobación de que las dosis de medicación están ajustadas al peso del niño.

La enfermería también lidera con frecuencia la comunicación entre profesionales de enfermería entre centros y equipos, con un intercambio altamente práctico que permite identificar discrepancias entre lo planificado y lo realmente ejecutado en la estabilización previa. Esta mirada operativa facilita además la detección precoz de riesgos, como el estrés del niño, la posibilidad de deterioro durante la movilización o las limitaciones logísticas de la familia.

Por último, la enfermería suele ser el profesional que integra aspectos técnicos con la dimensión humana del traslado. Además de garantizar la seguridad clínica, evalúa aspectos frecuentemente olvidados: si la familia puede acompañar al niño, cómo se trasladará hasta el

hospital receptor o qué información necesita para comprender el proceso. Esta función de coordinación y vigilancia resume bien una idea ampliamente compartida en transporte pediátrico.

Recepción segura

La recepción del paciente constituye una fase crítica del proceso de traslado, en la que la continuidad asistencial puede verse comprometida si no existe una transición estructurada entre equipos. Aunque el foco suele situarse en los primeros minutos tras la llegada, la seguridad comienza realmente desde el momento en que se activa el traslado. Durante el tiempo de transporte, el equipo receptor debe preparar el área asistencial, anticipar necesidades clínicas y activar a los profesionales implicados, de forma que el entorno esté listo para asumir al paciente sin retrasos ni improvisaciones (Tabla 5).

Esta preparación permite reorganizar el resto de la actividad asistencial y asegurar que el equipo pueda estar plenamente disponible en el momento de la transferencia.

Los primeros 10 minutos tras la llegada son especialmente relevantes para detectar cambios clínicos asociados al traslado. El transporte implica movilización, cambios ambientales, vibraciones y modificaciones en la monitorización o terapias, factores que pueden provocar deterioro incluso en pacientes aparentemente estables. Por ello, el principio de seguridad clave es claro: “Venía bien ≠ está bien.”

La llegada del paciente debe implicar una reevaluación clínica completa, evitando asumir que el diagnóstico y estado inicial, dado que la evolución clínica puede aportar nuevos datos que impliquen consecuencias para el paciente, y haya que modificar el plan inicialmente planteado (por ejemplo que el paciente tenga que ir directamente a UCIP en vez de a la planta convencional de hospitalización)

Tabla 5.- Acciones clave durante la recepción del paciente en el hospital de destino		
Momento	Acción clave	Objetivo de seguridad
Antes de la llegada	Activación del equipo receptor	Garantizar disponibilidad de profesionales clave
	Organizar asistencia del resto de pacientes	Evitar interrupciones por necesidades no atendidas de otros pacientes, garantizar disponibilidad de recursos, equipos y espacios
	Preparación del área y equipamiento	Evitar retrasos en monitorización o soporte
	Anticipación de necesidades clínicas	Preparar medicación, ventilación o dispositivos
Llegada del paciente	Presencia del equipo completo	Facilitar una transferencia segura (SISTEMÁTICA IDEAS)
	Asignación de roles (líder, vía aérea, monitorización, registro)	Mejorar coordinación y rapidez
Primeros 10 minutos	Reevaluación ABCDE inmediata	Detectar deterioro relacionado con el transporte
	Conciliación de tratamientos	Confirmar perfusiones, dosis y terapias
	Registro clínico inicial	Documentar estado y actuaciones tras la llegada
	Handover estructurado A → B	Asegurar transferencia completa de información

La transferencia asistencial debe realizarse mediante un handover estructurado entre el equipo de transporte (A) y el equipo receptor (B), idealmente con la presencia simultánea de los pediatras y responsables de enfermería de ambos equipos, mediante herramientas como el IDEAS. En ese momento se asignan roles dentro del equipo receptor y se inicia una reevaluación sistemática ABCDE, junto con la conciliación de tratamientos administrados durante el traslado y el registro clínico inicial en el centro receptor. Este proceso garantiza una transición segura y minimiza pérdidas de información o retrasos en intervenciones.

Traslado intrahospitalario

La transferencia intrahospitalaria del paciente pediátrico crítico suele percibirse como un procedimiento de bajo riesgo por realizarse dentro del propio hospital; sin embargo, “estar en el hospital no significa estar fuera de riesgo”. Los traslados internos (a radiología, quirófano, UCI u otras unidades) concentran una proporción significativa de eventos adversos, ya que implican movilizar al paciente fuera de su entorno monitorizado habitual, con cambios en el equipamiento, interrupciones potenciales en la monitorización y exposición a entornos menos controlados. Por ello, deben abordarse con el mismo rigor organizativo que un traslado interhospitalario.

Tabla 6.- Niveles de riesgo en el traslado intrahospitalario pediátrico

Nivel de riesgo	Situación clínica orientativa	Personal acompañante	Monitorización y soporte
Nivel 0	Paciente sin compromiso respiratorio, circulatorio ni neurológico	Celador	No precisa
Nivel 1 (bajo)	Paciente clínicamente estable, con soporte respiratorio básico (gafas nasales), sin perfusiones vasoactivas	Enfermería ± celador	Monitor básico (ECG, SatO ₂), material básico de emergencia
Nivel 2 (intermedio)	Paciente estable pero con soporte respiratorio (oxígeno alto flujo, ventilación no invasiva) o perfusiones continuas	Médico + enfermería	Monitor multiparámetro completo, bombas de perfusión, medicación de rescate
Nivel 3 (alto)	Paciente crítico: ventilación mecánica invasiva, soporte vasoactivo, riesgo elevado de deterioro	Médico experto + enfermería (± segundo profesional)	Monitorización completa, ventilador de transporte, bombas múltiples, material avanzado de vía aérea y reanimación

Una estrategia útil es clasificar los traslados intrahospitalarios según niveles de riesgo (0–3) en función de la estabilidad clínica del paciente y del soporte terapéutico requerido (tabla 6). Esta clasificación permite ajustar de forma anticipada el personal acompañante, el nivel de monitorización y el material necesario, garantizando que los recursos sean proporcionales al riesgo.

Independientemente del nivel asignado, resulta fundamental emplear listas de verificación específicas de traslado, que incluyan la verificación de monitorización, ventilación, accesos, medicación en perfusión, así como la planificación de la ruta y la comprobación de la autonomía de gases y baterías antes de iniciar el desplazamiento.

Además, la logística del hospital debe formar parte de la preparación: ascensores disponibles, anchura de pasillos, itinerarios alternativos y coordinación con el personal de las

áreas de destino pueden influir de forma decisiva en la seguridad del traslado. La anticipación de estos elementos —junto con la asignación clara de funciones dentro del equipo— permite reducir retrasos, evitar interrupciones asistenciales y mantener la estabilidad del paciente durante todo el recorrido intrahospitalario. Esta clasificación permite estandarizar la preparación del traslado, facilitando que antes de iniciar el desplazamiento se verifiquen de forma sistemática los elementos clave (equipo humano, monitorización, material y logística del recorrido). Integrada dentro de un checklist estructurado de traslado, contribuye a reducir eventos adversos y a mejorar la seguridad del paciente durante los desplazamientos dentro del hospital.

También existe un modelo que prioriza los elementos de seguridad durante el traslado del paciente grave en función de los tres planos de seguridad.

Conclusiones

Como conclusión, el traslado del paciente pediátrico hospitalizado debe entenderse como un proceso continuo y dinámico, que abarca desde la indicación del traslado hasta la recepción y transferencia final del paciente. En todas sus fases —estabilización, preparación, traslado y recepción— es fundamental garantizar la continuidad de los cuidados, evitando interrupciones en la monitorización, el soporte terapéutico o la comunicación entre equipos. En este contexto, la reevaluación clínica continua constituye el verdadero pilar del proceso: el estado del paciente puede cambiar en cualquier momento, por lo que la valoración periódica y la capacidad de anticipación del equipo permiten detectar precozmente signos de deterioro y actuar con rapidez.

La seguridad del traslado se apoya además en herramientas estructuradas de transferencia, como el sistema IDEAS y en el papel activo de los profesionales implicados. En particular, enfermería desempeña un rol clave como garante de la seguridad, actuando en muchas ocasiones como el “Pepito Grillo” del proceso al verificar de forma sistemática que cada paso se realice correctamente y que ningún elemento crítico quede sin revisar. La utilización sistemática de checklists dirigidos a los profesionales —antes, durante y después del traslado— favorece la estandarización de las prácticas, mejora la comunicación entre equipos y reduce la probabilidad de errores, contribuyendo de forma decisiva a que el traslado sea un procedimiento seguro para el paciente pediátrico.

Referencias bibliográficas

1. Evans REC, Barber V, Ramnarayan P, Davies P, Wray J; DEPICT Study Group. Emergency Inter-Hospital Transfer of Children to PICUs in the United Kingdom: Qualitative Exploration of Parents' Experiences of Retrieval Teams. *Pediatr Crit Care Med*. 2023 Oct 1;24(10):e476-e486
2. Meyer K, Totapally BR. Neonatal and Pediatric Transport: A Contemporary Review. *Children*. 2026;13(2):175. doi:10.3390/children13020175.
3. Riley M, Michelson KA, Martin-Gill C, Ramgopal S. Use of emergency medical services for pediatric interfacility transports. *Pediatr Open Sci*. 2025;1(1):1–10. doi:10.1542/pedsos.2024-000324
4. Torres Y, Rodríguez Y, Pérez E. ¿Cómo mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente adoptando estrategias del sector de la aviación? *J Healthc Qual Res*. 2022;37:182-90.
5. Alcalá Minagorre PJ, Domingo Garaub A, Salmerón Fernández MJ, Casado Reina C, Díaz Pernas P, Hernández Borges AA, et al. Transferencia segura de pacientes y mejora de la comunicación en distintos entornos asistenciales. *An Pediatr (Barc)*. 2023;99(2):123.e1-123.e11. doi:10.1016/j.anpedi.2023.07.001.
6. De la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín-Delgado MC, et al. Guías de ingreso, alta y triaje para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88:287.e1-287.
7. Laso-Alonso AE, Molinos-Norniella C, del Villar-Guerra P, Pérez-Solís D, Medina-Valles M, Medina-Villanueva A. Score pediátrico de transporte en Asturias (SCOPETAS). Triage en transporte pediátrico. *Bol Pediatr*. 2025;65:80-89
8. Steffen KM, Noje C, Costabile PM, Henderson E, Hunt EA, Klein BL, et al. Pediatric transport triage: development and assessment of an objective tool to guide transport planning. *Pediatr Emerg Care*. 2020;36(5):240-247

Aplicaciones de la inteligencia artificial en pediatría interna hospitalaria.

“Entre el Hype y la Evidencia: el verdadero impacto de la tecnología en Pediatría”

Dra. Rosa María Pino. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

D. Hernán Elías Lew. Coordinador de proyectos de Transformación Digital. Adjunto a la Dirección Estratégica Digital y Datos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Coincidiendo con la I Reunión SEPIH celebrada en Barcelona en 2012, se organizó en el Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) un curso de Actualización en Pediatría denominado “Curso Multidisciplinar de Pediatría”. En aquel momento, conceptos como **interdisciplinariedad**, **multidisciplinariedad** o **transdisciplinariedad** reflejaban la necesidad creciente de trabajar en equipo y compartir conocimiento entre las profesiones sanitarias clásicas (médicos de distintas especialidades, microbiólogos, biólogos, enfermería, auxiliares) y otras disciplinas emergentes que respondían a nuevas necesidades de los pacientes (fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, especialistas en child-life, rehabilitadores, docentes o incluso músicos), integrándose progresivamente en los equipos clínicos. En la actualidad, este paradigma ha evolucionado de forma acelerada. La irrupción de la tecnología y la apuesta decidida por la innovación han generado una auténtica explosión de herramientas con potencial para transformar la práctica clínica. Como consecuencia, los equipos son cada vez más interdisciplinarios e incorporan nuevos perfiles profesionales como ingenieros biomédicos, bioinformáticos, biofísicos o graduados en biomedicina y ciencias ambientales, que participan activamente tanto en la asistencia como en la investigación, desarrollando nuevas soluciones, procedimientos y productos sanitarios. Este cambio de escenario ya fue objeto de reflexión en la mesa redonda de

la VI Reunión SEPHI celebrada en Barcelona en 2024. Sin embargo, apenas dos años después, la velocidad de implementación de estas tecnologías y la integración de estos nuevos perfiles en el ámbito sanitario ha crecido de manera claramente exponencial.

En este contexto, la presente sesión tiene como objetivo ofrecer al profesional una visión realista y actualizada del papel de estas herramientas: sus fortalezas y oportunidades, pero también sus limitaciones técnicas, implicaciones éticas, retos legales y potencial impacto ecológico.

Para facilitar su análisis, las tecnologías y herramientas se clasificarán en tres categorías en función de su grado de madurez, aplicabilidad clínica, marco regulatorio y nivel de evidencia disponible. A partir de esta clasificación, se desarrollará un debate posterior en formato polarizado, confrontando posicionamientos “Hype” y “evidencia”.

Los contenidos se estructurarán en los siguientes bloques:

- **Modelos de lenguaje e inteligencia artificial en salud**
Introducción a los modelos de lenguaje, contextualizando su estado actual en el ámbito científico-sanitario. Se abordarán sus aplicaciones clínicas, así como aspectos clave relacionados con la utilidad, la gestión de datos, la responsabilidad profesional y las implicaciones éticas. Se presentará además el diseño y resultados de un estudio de evaluación de estos modelos por clínicos del hospital.
- **Monitorización domiciliar y telemedicina en pacientes crónicos complejos**
Revisión de las tecnologías disponibles para el seguimiento remoto de pacientes, analizando el desarrollo actual de la telemedicina y su aplicabilidad en la práctica clínica diaria, con especial énfasis en la pediatría de alta complejidad.
- **Herramientas digitales para el apoyo al desarrollo científico**

Análisis de herramientas para la búsqueda de evidencia científica, síntesis de información y apoyo a la toma de decisiones (p. ej., Open Access tools, VeraHealth, Consensus), valorando su utilidad real y sus limitaciones.

- **Sistemas de transcripción de voz en la práctica clínica**

Implementación de herramientas de reconocimiento de voz para la generación de informes médicos e integración en la historia clínica electrónica como sistemas de soporte al profesional.

- **Aspectos éticos, legales y de gobernanza**

Reflexión sobre los principales retos asociados al uso de estas tecnologías, incluyendo privacidad de datos, responsabilidad profesional, sesgos algorítmicos, sostenibilidad y marco regulador.

Análisis de herramientas para la búsqueda de evidencia científica, síntesis de información y apoyo a la toma de decisiones (p. ej., Open Access tools, VeraHealth, Consensus), valorando su utilidad real y sus limitaciones.

- **Sistemas de transcripción de voz en la práctica clínica**

Implementación de herramientas de reconocimiento de voz para la generación de informes médicos e integración en la historia clínica electrónica como sistemas de soporte al profesional.

- **Aspectos éticos, legales y de gobernanza**

Reflexión sobre los principales retos asociados al uso de estas tecnologías, incluyendo privacidad de datos, responsabilidad profesional, sesgos algorítmicos, sostenibilidad y marco regulador.

Desafíos clínicos interactivos: sepsis, autoinmunidad y autoinflamación.

Dr. José Ángel Guardiola Olmos. Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia.

Dr. Daniel Clemente Garulo. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Introducción

Se presenta el caso clínico de un paciente con déficit de mevalonato quinasa, uno de los síndromes hereditarios de fiebre periódica clásicos, como ejemplo de enfermedad autoinflamatoria en la que predomina una desregulación de la inmunidad innata. Se plantea este caso para abordar durante el transcurso clínico, desde una escala inicial de grises donde predomina el paciente inflamado y con fiebre, el diagnóstico diferencial entre sepsis, enfermedades autoinmunes y otras enfermedades autoinflamatorias. Se abordará la nueva escala de sepsis Phoenix, así como actualizaciones en las guías de práctica clínica, para finalmente aportar conceptos clave para pensar en enfermedades autoinflamatorias.

Durante la ponencia la audiencia podrá participar contestando a preguntas relacionadas con el caso clínico. Además, en dos momentos concretos del caso, podrán elegir cómo se desarrollará el mismo.

Caso clínico:

Situación inicial en hospital comarcal, único pediatra de guardia. Acude niño de 12 meses que por fiebre de hasta 39,5°C de 4 días de evolución. Asocia dolor abdominal, vómitos aislados y 3-4 deposiciones diarias líquidas sin productos patológicos. Tres días antes se había pautado tratamiento con azitromicina por faringoamigdalitis aguda, sin mejoría.

Antecedentes personales: Muguet, APL, reflujo gastroesofágico tratado con omeprazol y ferropenia en tratamiento con hierro oral. Inmunizaciones según calendario. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Exploración física: Triángulo de evaluación pediátrica alterado en dos lados

(apariencia y circulatorio). Sat.O2 99%, FC 187 lpm, TA 89/56 mmHg, Tª 37°C, FR 48 rpm, glucosa 122 mg/dl.

Quejoso y muy irritable. Palidez cutánea, sin exantemas ni petequias. Abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada, no se pueden valorar masas ni megalias. La auscultación cardiaca y pulmonar es normal, así como la exploración del resto de los órganos y aparatos.

Primer momento de elección del curso clínico: tanto la opción A como la opción B derivarán en un tronco común, dando una “falsa sensación” de que se está eligiendo el desarrollo del caso.

- A. Se elige por el público resultado analítico con reactantes normales, prácticamente normal. Se solicita ecografía. Se realiza Rx de abdomen normal. Ingresa en planta con analgesia IV y sueroterapia, para vigilancia.
- B. Se elige por el público resultado analítico muy alterado de inicio. Ya desde urgencias se inicia antibiótico (cefotaxima), sueroterapia y analgesia IV. Se solicita ecografía. Se realiza Rx de abdomen normal.

Tronco común: Se realiza una ecografía de abdomen que encuentra asas de intestino delgado con abundante líquido en su interior, sin engrosamiento mural y peristalsis conservada. Sin evidencia de invaginación intestinal. Se completa el estudio en Urgencias con una radiografía de tórax, sin infiltrados ni consolidaciones.

El niño acaba en planta, se deteriora clínicamente, con necesidad de remontar tensión arterial, realizar pruebas microbiológicas y ampliar antibioterapia, se habla de nuevas recomendaciones sepsis (sueroterapia, antibiótico, cultivos) y de la escala Phoenix, con las adaptaciones de esta escala a hospitales con pruebas más limitadas. Debe añadirse al tratamiento clindamicina (posible origen abdominal) y vancomicina (criterios de shock séptico).

Derivación a UCI pediátrica: a partir de aquí desarrollo del caso en hospital de referencia (tercer nivel). Buena evolución clínica siendo alta a las 48 horas del ingreso. No ha precisado drogas vasoactivas. Informan del hospital de origen de cultivos negativos por ahora.

Pasa a planta a cargo de pediatría hospitalaria: Allí los padres refieren episodios previos de fiebre de hasta 40,5°C asociados a dolor abdominal y, en ocasiones, aftas orales, algunos de ellos tras la administración de las vacunas del calendario. Ha precisado ingreso para antibioterapia intravenosa a los 2, 7 y 11 meses de vida tras objetivar también leucocitosis, neutrofilia y elevación marcada de RFA en pruebas complementarias. Durante el ingreso se producía mejoría clínica con desaparición de la fiebre a los 4-6 días, aunque los cultivos siempre han sido estériles. En los antecedentes familiares destaca una abuela materna con lupus eritematoso sistémico, resto sin interés.

Franca mejoría durante las primeras 48 horas en planta, cediendo la fiebre y el dolor abdominal. Es viernes, se ha cursado analítica con disminución de los reactantes de fase aguda, aunque sin llegar a normalizarse. Por lo antecedentes referidos se han cursado también otros parámetros analíticos que quedan pendientes (VSG, calprotectina fecal, SOH, inmunoglobulinas, Los cultivos resultan estériles definitivamente. Es viernes, y el pediatra les plantea a los padres:

Segundo momento de elección del curso clínico:

- A. Los padres eligen quedarse en el hospital. Están más tranquilos aquí. Todo sin incidencias hasta que el domingo avisan al pediatra de guardia por recidiva de febrícula y del dolor abdominal.
- B. Los padres eligen irse de alta y continuar seguimiento en consultas externas. Todo sin incidencias en domicilio, con antibioterapia oral, hasta que el domingo acuden de nuevo por recidiva de febrícula y del dolor abdominal.

Tronco común: la nueva analítica otra vez con reactantes de fase aguda elevados. Presenta diarrea de nuevo con mucosidad en heces, sin sangre. De nuevo en planta y de nuevo con antibioterapia hasta que su pediatra de planta, que ya los conoce, les vea el lunes.

Se revisa el lunes resultados del estudio ampliado con marcadores de enfermedad celíaca (negativos), ANA (negativos), anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) (negativos) y anticuerpos antineutrófilo citoplasmático (PR3) (negativos). Se repite eco abdominal con signos ecográficos de colitis. Se indica una endoscopia digestiva alta con escasas lesiones petequiales submucosas en estómago, resto normal. En la endoscopia digestiva baja (solo progresión hasta ángulo esplénico) se aprecian lesiones eritematosas con úlcera central <2-3 mm (superficiales), no sangrantes, que salpican la circunferencia colónica, no confluentes, predominantemente en sigma y colon descendente, no confluentes. Anatomía patológica: colitis focal activa. Infiltrado parcheado inflamatorio focal, constituido por un ligero incremento en la población linfoplasmocitaria de la lámina propia que se acompaña de frecuentes neutrófilos que permean el epitelio de las criptas ofreciendo imágenes focales de criptitis.

Ante la sospecha de EI de inicio muy precoz se inicia nutrición enteral exclusiva con fórmula polimérica. Una semana más tarde está más contento y activo, sin fiebre y no parece tener dolor abdominal. Presenta mejoría analítica: leucocitos 10670/mm³ (56% neutrófilos), Hb 10,5 g/dl, plaquetas 416000. VSG 29 mm, PCR 0,2 mg/dL, ferritina 23 ng/mL, alfa-1-glicoproteína ácida 99,5 mg/dL. Bioquímica normal. Calprotectina en heces 14,5 µg/g.

Es dado de alta, pero sin embargo, a los pocos días presenta nuevo episodio de fiebre y dolor abdominal intenso que precisa un nuevo ingreso. En la exploración se detectan adenopatías laterocervicales y esplenomegalia. Los padres lo relacionan con vacunación de triple

vírica y varicela durante la actualización del calendario vacunal, ya que “todas las vacunas le producen fiebre”. Revisando la historia clínica se sospecha una enfermedad autoinflamatoria y se solicita estudio genético.

Se reciben resultados del estudio genético con las variantes p.(Ile268Thr) y p.(Val337Ile) en heterocigosis en el gen MVK, consideradas variantes patogénicas. Se determina ácido mevalónico en orina durante episodio febril: 54,6 mmol/mol creatinina (0,11-11,4 mmol/mol creatinina). IgD < 14 mg/dl (normal).

Se confirma diagnóstico de déficit de mevalonato quinasa. Esta enzima, implicada en la síntesis de colesterol, cataliza la conversión del ácido mevalónico en ácido fosfomevalónico y, como consecuencia de la reducción de su función, se genera una acumulación del ácido mevalónico, que aparecerá en la orina durante los brotes. La disminución de metabolitos posteriores al bloqueo ocasiona una disminución de una regulación negativa sobre el inflammasoma, que se activa y da lugar a la maduración y liberación de citoquinas proinflamatorias IL-1 e IL-18, responsables de las manifestaciones clínicas.

Se inicia tratamiento con anakinra, un antagonista del receptor de la IL-1. Se consigue un control parcial de los episodios inflamatorios, con mejoría en frecuencia y duración, pero precisando uso intermitente de prednisolona oral para el control de los síntomas. Se decide inicio de tratamiento con canakinumab, un anticuerpo monoclonal frente a IL-1, con respuesta completa.

Conclusiones:

-La nueva escala Phoenix de sepsis pediátrica simplifica los criterios diagnósticos, no necesitando una inflamación sistémica sino una sospecha de infección acompañada de disfunción orgánica.

-Se debe sospechar una enfermedad autoinflamatoria en pacientes con fiebre y/o

manifestaciones inflamatorias recurrentes o persistentes de causa no aclarada.

-La deficiencia de mevalonato quinasa, producida por una mutación en el gen MVK, da lugar a episodios recurrentes de fiebre (3-7 días) de inicio precoz asociado a diversas manifestaciones clínicas. El tratamiento es sintomático, con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides y, en pacientes con brotes intensos y/o muy frecuentes, fármacos que bloqueen la IL-1 (anakinra, canakinumab).

Referencias bibliográficas

1. Seoane Reula ME, de Arriba Méndez S. Diagnóstico y manejo de las inmunodeficiencias primarias en niños. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2019; 2:415-35.
2. Martín de Carpi J, Viada Bris J, Jiménez Treviño S. Enfermedad de Crohn. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2023;1:191-205.
3. Gattorno M, Hofer M, Federici S, et al. Classification criteria for autoinflammatory recurrent fevers. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(8):1025-32.
4. Hansmann S, Lainka E, Horneff G, et al. Consensus protocols for the diagnosis and management of the hereditary autoinflammatory syndromes CAPS, TRAPS and MKD/HIDS: a German PRO-KIND initiative. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2020;18(1):17.
5. Weiss SL, Peters MJ, Oczkowski SJW, Belley-Cote E, Buysse C, Choong KLM, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Children 2026. *Pediatr Crit Care Med*. 2026;27(4):379-434. doi: 10.1097/PCC.0000000000003927
6. Sanchez-Pinto LN, Bennett TD, DeWitt PE, et al. Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. 2024;331(8):675-686. doi: 10.1001/jama.2024.0196

Taller: Simulación de situaciones críticas. Respira hondo: cómo actuar ante un fallo respiratorio inminente.

Dra. Ivana Melina Yedro. SimIA ISABIAL. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Dra. Beatriz Castillo. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Dra. Lucía Lillo Laguna. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario en edad pediátrica y representan una fuente frecuente de deterioro clínico agudo. Muchos de estos pacientes pueden evolucionar en un corto espacio de tiempo desde una dificultad respiratoria moderada hasta una insuficiencia respiratoria grave, especialmente cuando los signos iniciales de empeoramiento no son identificados de forma precoz o cuando las intervenciones terapéuticas se retrasan. Esta realidad convierte al reconocimiento temprano del deterioro respiratorio y a la respuesta coordinada del equipo asistencial en competencias esenciales para los profesionales que trabajan en las áreas de hospitalización pediátrica.

Los residentes, pediatras y profesionales de enfermería que desarrollan su actividad en estas unidades suelen ser los primeros en detectar cambios clínicos significativos y en iniciar las medidas terapéuticas necesarias. Por ello, resulta fundamental que dispongan no solo de conocimientos clínicos actualizados sobre la valoración y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, sino también de habilidades prácticas, comunicativas y de trabajo en equipo que les permitan actuar de forma segura y eficaz en situaciones de alta presión asistencial.

El presente taller tiene como objetivo general entrenar el manejo interdisciplinar del paciente pediátrico con fallo respiratorio inminente mediante simulación clínica. Los

objetivos específicos incluyen reconocer precozmente los signos de deterioro respiratorio, realizar una valoración sistemática del paciente crítico utilizando el enfoque ABCDE, seleccionar e implementar el soporte respiratorio más adecuado a pie de cama, asumir roles definidos dentro del equipo asistencial y aplicar estrategias de comunicación efectiva mediante la técnica del lazo cerrado.

Con el fin de garantizar la coherencia entre los objetivos educativos, las actividades formativas y las competencias que se pretenden desarrollar, el diseño del taller se ha estructurado siguiendo un principio de alineamiento pedagógico constructivo. La Tabla 1 muestra la relación entre los principales objetivos de aprendizaje, las metodologías docentes empleadas y las competencias clínicas, técnicas y no técnicas que se entrenarán durante la actividad.

El reconocimiento del fallo respiratorio inminente requiere identificar de forma temprana manifestaciones como el incremento del trabajo respiratorio, la alteración del patrón ventilatorio, la aparición de signos de agotamiento muscular, los cambios en el estado neurológico o la progresiva incapacidad para mantener una adecuada oxigenación y ventilación. La detección temprana de estos indicadores permite iniciar medidas terapéuticas antes de que se produzca una insuficiencia respiratoria establecida o una parada cardiorrespiratoria, reduciendo potencialmente la morbilidad asociada.

Durante el taller los participantes entrenan la toma de decisiones clínicas y el manejo de distintas modalidades de soporte respiratorio utilizadas habitualmente en el entorno hospitalario pediátrico. Entre ellas se incluyen la oxigenoterapia convencional, la cánula nasal de alto flujo, la ventilación no invasiva y las maniobras básicas de ventilación mediante bolsa autoinflable y mascarilla. Asimismo, se refuerzan los criterios de

monitorización y reevaluación clínica continua necesarios para determinar la eficacia de las intervenciones aplicadas y detectar de forma precoz la necesidad de escalar el tratamiento.

Tabla 1. Matriz de alineamiento pedagógico del taller.

Objetivo de aprendizaje	Estrategia educativa principal	Competencia desarrollada
Reconocer signos de fallo respiratorio inminente	Escenarios clínicos de simulación integrada	Juicio clínico y reconocimiento precoz
Aplicar una valoración sistemática ABCDE	Simulación clínica integrada	Priorización clínica y evaluación estructurada
Seleccionar e implementar soporte respiratorio adecuado	Simulación clínica y microtalleres dirigidos	Habilidades técnicas respiratorias
Asumir roles definidos dentro del equipo	Crisis Resource Management (CRM) y simulación interprofesional	Liderazgo y trabajo en equipo
Aplicar comunicación mediante lazo cerrado	Escenarios y debriefing estructurado	Comunicación efectiva
Monitorizar, reevaluar y adaptar las intervenciones	Simulación dinámica con evolución clínica progresiva	Toma de decisiones y conciencia situacional

La metodología docente se basa en escenarios de simulación clínica integrada de alta fidelidad, diseñados para reproducir de manera

realista la evolución dinámica de un paciente pediátrico con compromiso respiratorio progresivo. Este formato permite que los participantes se enfrenten a situaciones complejas en tiempo real, debiendo integrar conocimientos clínicos, habilidades técnicas y competencias de trabajo en equipo en un entorno que reproduce las condiciones de la práctica asistencial habitual.

El diseño del taller se fundamenta en principios de aprendizaje experiencial, educación interprofesional y simulación clínica basada en buenas prácticas. Tal como se muestra en la Figura 1, el diseño educativo comienza antes del inicio de los escenarios mediante actividades de preparación previa orientadas a favorecer la familiarización con el entorno de simulación y la creación de seguridad psicológica. Estas actividades se complementan con escenarios integrados de alta fidelidad, debriefing estructurado y microtalleres dirigidos según las necesidades detectadas, configurando un recorrido educativo centrado en la adquisición de competencias clínicas, técnicas y de trabajo en equipo para una atención más segura y eficaz del paciente pediátrico con deterioro respiratorio.

La simulación clínica constituye una metodología de aprendizaje experiencial especialmente adecuada para el entrenamiento de situaciones de baja frecuencia pero elevada gravedad, permitiendo practicar intervenciones críticas sin riesgo para los pacientes. Además de favorecer la adquisición de competencias técnicas, facilita el desarrollo de habilidades no técnicas relacionadas con el liderazgo, la conciencia situacional, la priorización de tareas, la toma de decisiones, la distribución de la carga de trabajo y la coordinación entre profesionales.

Desde esta perspectiva, el taller incorpora principios de factores humanos y de gestión de recursos en crisis (Crisis Resource Management), enfatizando que la atención eficaz de un paciente críticamente enfermo no depende únicamente de la competencia individual de cada

profesional, sino de la capacidad del equipo para funcionar de forma coordinada y adaptativa.

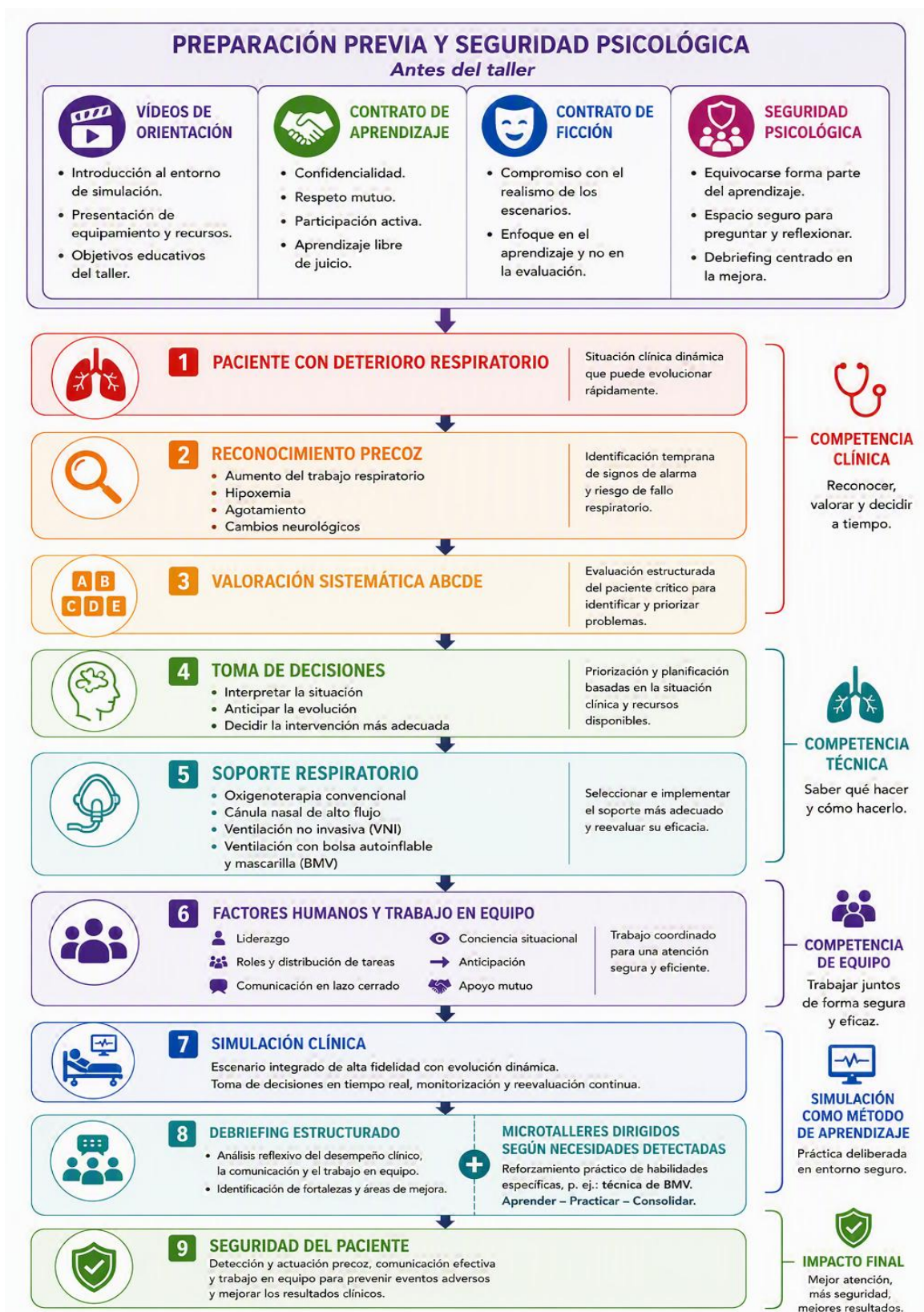


Figura 1. Marco conceptual del taller: del deterioro respiratorio pediátrico a la seguridad del paciente mediante simulación clínica

La asignación explícita de roles, la comunicación estructurada y la supervisión compartida de la situación clínica son elementos esenciales para minimizar errores y optimizar la respuesta asistencial.

La comunicación efectiva constituye otro de los pilares fundamentales del entrenamiento. Los participantes practican el uso del lazo cerrado para confirmar la recepción y ejecución de órdenes, reducir malentendidos y favorecer una coordinación eficiente durante situaciones de elevada carga cognitiva. Estas estrategias son especialmente relevantes en escenarios donde múltiples profesionales deben actuar simultáneamente y donde los retrasos o fallos en la transmisión de la información pueden comprometer la seguridad del paciente.

Cada escenario se acompaña de un debriefing estructurado orientado a promover la reflexión y el aprendizaje a partir de la experiencia vivida. Durante estas sesiones se analizan las decisiones clínicas adoptadas, la utilización de recursos, la comunicación, el liderazgo y las dinámicas de trabajo en equipo. Cuando se identifican necesidades formativas específicas, los debriefings incorporan microtalleres prácticos destinados a reforzar determinadas competencias técnicas, como la ventilación con bolsa autoinflable y mascarilla, permitiendo a los participantes consolidar habilidades esenciales antes de enfrentarse a nuevos escenarios.

Dado que la actividad se desarrolla en el contexto de un congreso científico, se presta especial atención a la creación de un entorno psicológicamente seguro que favorece el aprendizaje y la participación activa de todos los asistentes. La preparación previa incluye materiales audiovisuales de orientación sobre el entorno de simulación, sus objetivos educativos y las expectativas de participación. Asimismo, se refuerzan durante la actividad los principios de confidencialidad, respeto mutuo, aprendizaje

libre de juicios y reflexión constructiva, considerados elementos fundamentales para maximizar el aprovechamiento educativo de la simulación clínica.

La participación conjunta de profesionales de pediatría y enfermería favorece además un enfoque de aprendizaje interprofesional que reproduce fielmente la realidad asistencial. Este entrenamiento conjunto facilita la comprensión de los distintos roles profesionales, mejora la coordinación entre disciplinas y promueve el desarrollo de modelos mentales compartidos, aspectos estrechamente relacionados con una atención más segura y eficiente.

En conjunto, este taller ofrece una propuesta formativa centrada en la mejora del reconocimiento precoz y el manejo inicial del deterioro respiratorio pediátrico, integrando conocimientos clínicos actualizados, entrenamiento práctico, trabajo en equipo, factores humanos y estrategias de comunicación. Mediante el uso de simulación clínica y debriefing estructurado, la actividad busca fortalecer la capacidad de respuesta de los profesionales ante situaciones críticas, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención prestada en los entornos de hospitalización pediátrica.

Referencias bibliográficas

1. Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 4.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2024. p. 1-9. Disponible en: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
2. Montiano Jorge JI, Salado C, Rodríguez Fernández R, Urbano Villaescusa J. Oxigenoterapia en planta de hospitalización pediátrica. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria (SEPIH); 2022. Disponible en: Protocolos SEPIH

Taller. Comunicar en momentos difíciles: Protocolo SPIKES - NURSE

Dr. José Navarro. SimIA ISABIAL. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

D^a Clara Madrid Martín. Psicóloga del equipo de Atención Psicosocial de ASPANION.

D^a Yolanda Baldó Cantó. Colaboradora Simulación Clínica

Introducción y Enfoque Centrado en la Familia

La comunicación de información diagnóstica o pronóstica grave a los progenitores y familiares representa uno de los actos clínicos de mayor complejidad y exigencia técnica y emocional en el ámbito de la pediatría. En este escenario asistencial, el profesional sanitario no se limita a la transmisión aséptica de datos biomédicos, sino que asume la responsabilidad directa de contener y gestionar el impacto vital generado en los padres o tutores legales, quienes constituyen el núcleo primario de soporte físico, emocional y decisional del paciente menor de edad.

Desde una perspectiva psicológica moderna, la comunicación de una noticia difícil debe conceptualizarse como el proceso de compartir "información que altera la vida" (Sharing Life-Altering Information, SLAI). Este paradigma supera de manera definitiva el modelo paternalista clásico de "dar una mala noticia", transitando hacia un modelo colaborativo y deliberativo centrado en la familia. Dicho enfoque reconoce formalmente que los progenitores no son meros receptores pasivos, sino agentes activos y corresponsables primordiales en la toma de decisiones médicas que conciernen a la salud, el tratamiento y el pronóstico de sus hijos.

Fundamentos Psicosociales y Neurobiológicos

Para implementar adecuadamente intervenciones estructuradas de comunicación, resulta indispensable comprender los mecanismos neurofisiológicos que se desencadenan en el núcleo familiar ante la recepción de una noticia de alto impacto. Ante la percepción de una amenaza vital, funcional o existencial que compromete a un hijo, el cerebro de los progenitores activa de forma automática el eje neuroendocrino de estrés agudo, desencadenando una liberación masiva de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y cortisol.

Esta respuesta neurobiológica primaria, orientada evolutivamente a la supervivencia mediante la lucha o la huida, induce en el entorno clínico fenómenos de secuestro amigdalario y bloqueo cognitivo severo. Dichas alteraciones se manifiestan frecuentemente en forma de estados transitorios de shock, negación defensiva, crisis de llanto o reacciones de ira descontextualizada. Todo ello reduce drásticamente la capacidad de memoria de trabajo y la asimilación de términos técnicos complejos. La intensidad de esta respuesta depende intrínsecamente de la naturaleza de la información transmitida y de la percepción subjetiva de la misma (Tabla 1).

La vivencia de una mala noticia es un fenómeno estrictamente subjetivo modulado por determinantes como la estructura de personalidad, el nivel de alfabetización en salud, la red de apoyo social, las creencias religiosas y los factores socioculturales. En consecuencia, el equipo clínico debe evitar presunciones y juicios apriorísticos sobre el grado de afectación que producirá determinada noticia en una familia particular.

Tabla 1. Escenarios clínicos de comunicación difícil e impacto percibido por las familias

Tipo de Noticia Difícil	Ejemplo Clínico	Impacto Percibido por la Familia
Diagnóstico de enfermedad crónica	Diabetes mellitus tipo 1, Fibrosis Quística	Pérdida abrupta de la normalidad biográfica, necesidad de reestructuración de la dinámica familiar cotidiana y adaptación permanente.
Malformación o anomalía congénita	Síndrome de Down detectado al nacimiento, cardiopatía congénita mayor	Duelo por la pérdida del "hijo ideal" proyectado durante la gestación y necesidad de reconfiguración inmediata de expectativas vitales.
Pronóstico limitado o terminal	Recaída oncológica refractaria, fallo multiorgánico en UCI pediátrica	Crisis existencial profunda, inicio de duelo anticipado, sensación abrumadora de impotencia y desprotección.
Error médico o evento adverso grave	Error de dosificación farmacológica con secuelas neurológicas	Sentimientos intensos de traición a la confianza terapéutica, indignación, desconfianza hacia el sistema y potencial conflicto legal.

Aplicación Paso a Paso del Protocolo SPIKES en Pediatría

El protocolo SPIKES (adaptado al español como EPICEE) proporciona una arquitectura secuencial de seis pasos diseñada para dotar al profesional de una guía sistematizada que garantice tanto el rigor en la transmisión de información como la contención emocional empática:

- **S - Setting Up** (Escenario y preparación previa): Constituye el pilar preventivo para minimizar interferencias. Exige la reserva proactiva de un espacio físico privado y confortable, el silenciamiento total de buscas y dispositivos móviles, la disposición del mobiliario en círculo o semicírculo sin barreras físicas y la alineación de la postura del clínico a la altura de los ojos de los familiares. Asimismo, requiere una planificación interdisciplinar previa donde se defina la composición del equipo asistente, garantizando que el número de

profesionales no resulte intimidante para la familia.

- **P - Perception** (Exploración de la percepción familiar): Antes de verter información técnica, es mandatorio evaluar qué comprenden y qué sospechan los progenitores mediante preguntas abiertas (p. ej., "¿Qué información les han transmitido hasta el momento sobre la evolución de su hijo?" o "¿Qué es lo que más les preocupa en este punto de los estudios?"). Esto permite al clínico identificar lagunas, sesgos o expectativas irreales y adaptar el punto de partida del discurso.
- **I - Invitation** (Invitación y graduación del nivel de detalle): Supone el respeto a la autonomía y al ritmo de procesamiento psicológico de los padres. A través de preguntas directas (p. ej., "¿Prefieren que revisemos primero un resumen general y luego entremos al detalle de las pruebas, o desean conocer todos los datos pormenorizados ahora?"), el profesional

permite a la familia regular el caudal de información que es capaz de procesar sin descompensarse.

- K - Knowledge (Transmisión del conocimiento clínico): El objetivo es prevenir la sobrecarga cognitiva. Requiere la utilización imperativa de un "disparo de advertencia" (warning shot, p. ej., "Lamentablemente, los resultados de las pruebas confirman algo más complejo de lo que esperábamos") que prepara los filtros emocionales del receptor. La información debe estructurarse en frases cortas, con lenguaje desprovisto de jerga médica incomprensible, dosificando los datos e intercalando pausas activas para verificar la comprensión antes de proseguir.
- E - Emotions (Gestión de la respuesta emocional mediante la herramienta NURSE): Es la fase determinante para forjar el vínculo de confianza terapéutica y contener la aflicción. Las respuestas emocionales (llanto, silencio, ira, incredulidad) no deben ser interrumpidas ni frenadas, sino acogidas y validadas sistemáticamente mediante la técnica NURSE:
 - o N (Naming - Nombrar la emoción): Identificar verbalmente el estado afectivo que se manifiesta ("Percibo que esta noticia les produce una enorme angustia y desconcierto").
 - o U (Understanding - Comprender y normalizar): Legitimar la reacción afectiva sin juzgarla ("Es completamente comprensible y natural que sientan este dolor ante lo que les acabo de explicar").
 - o R (Respecting - Respetar y elogiar): Poner en valor los recursos de la familia y su esfuerzo de acompañamiento ("Admiro

profundamente la entrega y la fortaleza con la que están cuidando a su hijo en estos momentos tan duros").

- o S (Supporting - Ofrecer soporte continuo): Transmitir disponibilidad incondicional de acompañamiento por parte de todo el equipo ("No van a estar solos en este proceso; todo el equipo estará a su lado en cada decisión y en cada paso que debamos dar").
- o E (Exploring - Explorar en profundidad): Indagar de forma no invasiva en las preocupaciones subyacentes ("¿Podrían decirme qué es lo que más temor les genera de cara a los próximos días?").
- S - Strategy and Summary (Estrategia terapéutica, resumen y cierre): Disminuye la sensación de desamparo y la incertidumbre. Requiere formular un plan diagnóstico-terapéutico secuenciado y claro, clarificar vías de contacto directas con el equipo de referencia y solicitar a los familiares que resuman los acuerdos principales en sus propias palabras (método teach-back) para detectar de forma temprana distorsiones comunicativas.

Puntos Críticos y Dificultades Asistenciales

El proceso de comunicación pediátrica enfrenta obstáculos recurrentes en la práctica asistencial que exigen estrategias de mitigación anticipadas (Tabla 2).

Tabla 2. Puntos críticos en la comunicación pediátrica y estrategias de mitigación		
Punto Crítico	Dificultad Asociada	Estrategia de Mitigación
Escenario físico hospitalario	Falta de intimidad en plantas de hospitalización saturadas, interrupciones continuas por alarmas o personal.	Identificación y reserva protocolizada de despachos específicos de información; desconexión programada de teléfonos corporativos durante la sesión.
Impacto psicológico reactivo	Reacciones intensas de ira, hostilidad transferencial o culpa desmedida en los progenitores.	Aplicación sistemática del modelo de validación NURSE, mantenimiento de una actitud de escucha no defensiva e integración de psicología clínica.
Sesgos y temores profesionales	Resistencia del clínico a "destruir la esperanza", tendencia a suavizar indebidamente o enmascarar el pronóstico.	Capacitación específica en modelos de "esperanza realista", reorientando el foco de la curación hacia el alivio sintomático integral y la calidad de vida.
Conspiración de silencio	Petición explícita de los familiares de ocultar el diagnóstico o gravedad al menor o a otros miembros nucleares.	Negociación empática: validar el instinto protector parental mientras se educa sobre las graves consecuencias del aislamiento informativo y el estrés en el niño.

Distribución de Roles en el Equipo Multidisciplinar

La presencia simultánea de varios profesionales sanitarios en la reunión informativa no debe constituir una aglomeración desorganizada, sino una intervención orquestada y sinérgica basada en las competencias nucleares de cada disciplina.

Binomio Médico - Enfermera:

Representa el eje troncal de la asistencia integral. Mientras el facultativo asume la responsabilidad técnica y legal de la transmisión diagnóstica y pronóstica (liderando la fase K), la enfermera ejerce un papel crucial en la preparación del entorno (fase S), la monitorización de la comunicación no verbal y el lenguaje corporal de la familia, y la detección temprana del bloqueo cognitivo parental. Tras la conclusión del informe facultativo, el personal de enfermería permanece junto a los padres, realizando una labor indispensable de traducción de conceptos

biomédicos, contención afectiva inmediata y refuerzo de cuidados.

Integración del Médico Interno Residente (MIR):

La incorporación del médico en formación debe responder a una delimitación rigurosa según su curva de aprendizaje y año formativo. Los residentes noveles actúan como observadores activos y soporte logístico, participando en el análisis reflexivo post-evento (*debriefing*). Por su parte, los residentes avanzados pueden asumir la conducción de fases estructuradas como la indagación de la percepción familiar (fase P) o la explicación de procedimientos específicos bajo supervisión directa, manteniendo siempre el adjunto responsable la tutela y titularidad legal de la información clínica.

Adaptación de la Estrategia según la Tipología de los Destinatarios

La composición y disponibilidad de las figuras parentales exige una adecuación estratégica específica:

Informar a ambos progenitores conjuntamente:

Es la situación preferente. Facilita el apoyo afectivo mutuo, asegura una asimilación equitativa y simultánea de los datos y previene la sobrecarga emocional de convertir a uno de los miembros en transmisor obligado del trauma. Requiere sincronizar agendas con antelación para esperar la llegada de ambos, disponer una distribución espacial en círculo equitativo, explorar de manera diferenciada las dudas de cada progenitor (fase P), validar la cohesión de la pareja (fase E) y asegurar un consenso unánime sobre las decisiones asistenciales.

Informar a un solo progenitor: Frecuente en estructuras monoparentales, ausencia involuntaria por motivos laborales o separaciones/divorcios conflictivos. Requiere evaluar de inmediato la red de apoyo social, extremar la vigilancia ante signos de desbordamiento (reforzando el rol de acompañamiento de enfermería), aportar resúmenes o material informativo por escrito para facilitar el recuerdo diferido, concertar una segunda sesión conjunta cuando el otro progenitor esté disponible y registrar fehacientemente en la historia clínica digital la identidad del receptor y las circunstancias de la entrevista.

Consideraciones Éticas y Marco Jurídico en el Entorno Sanitario Español

La práctica asistencial y la comunicación clínica pediátrica en España se encuentran estrictamente reguladas por la *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, así como por el Código Civil y la legislación de protección integral de la infancia:

- **Patria Potestad y Cotitularidad del Derecho a la Información:** Salvo privación judicial expresa de la patria potestad debidamente acreditada, la separación o el

divorcio de los progenitores no extingue sus deberes y derechos de información clínica. El facultativo está legalmente obligado a proporcionar información relevante sobre la salud del menor a ambos representantes legales cuando así lo soliciten, debiendo mantener una estricta neutralidad asistencial sin intervenir en conflictos interpersonales parentales. En caso de discrepancias graves e insalvables relativas a procedimientos invasivos o terapéuticas esenciales, la normativa exige recurrir a la autoridad judicial en salvaguarda del interés superior del menor.

- **El Menor Maduro y la Mayoría de Edad Sanitaria:** La legislación española establece que el menor tiene derecho a ser escuchado en todos aquellos actos que le conciernen de acuerdo con su madurez y, preceptivamente, a partir de los 12 años cumplidos. Entre los 12 y los 16 años se evalúa su competencia bioética para consentir o participar activamente en la toma de decisiones asistenciales. A partir de los 16 años (mayoría de edad sanitaria en España, exceptuando ensayos clínicos, técnicas de reproducción asistida o interrupción voluntaria del embarazo), el adolescente es el titular de pleno derecho de su información clínica y de la toma de decisiones, pudiendo delimitar o restringir el acceso a sus datos sanitarios a sus progenitores, salvo situaciones de grave riesgo vital para su salud.

Conclusiones

La transmisión de noticias difíciles en el entorno pediátrico constituye una competencia clínica nuclear de alta precisión que debe trascender el concepto intuitivo de "habilidad blanda". La excelencia en este acto asistencial no se cuantifica mediante la eliminación del sufrimiento parental —el cual es inherente a la enfermedad o pérdida de un hijo—, sino por la garantía de que la familia reciba un trato transparente, técnicamente riguroso y profundamente humanizado. La implementación sistematizada del protocolo SPIKES, vertebrada

mediante las habilidades de contención emocional NURSE y una delimitación disciplinar ordenada, consolida un entorno terapéutico seguro que protege la salud mental de las familias y previene el desgaste profesional del equipo asistencial.

Referencias bibliográficas

1. Baile WF, Buckman R, Lenz R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step strategy for delivering bad news: messages from cancer patients. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311.
2. Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC, eds. *Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
3. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(3):164-177.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.

Taller. Nutrición en el paciente hospitalizado: decisiones clave para la evolución del paciente.

Dra. Ester Pérez Lledó. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

D^a Rebeca M. Gracia Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Dr. Juan José Benavente García. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Dr. Martín Ferrando de Mora. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Taller práctico para la IX Reunión de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria (SEPIH), centrado en la nutrición del paciente pediátrico hospitalizado y en la toma de decisiones clínicas relacionadas con el soporte nutricional y la disfagia.

La propuesta parte de una realidad asistencial cada vez más frecuente: el incremento de pacientes pediátricos hospitalizados con necesidades nutricionales complejas, enfermedades neurológicas graves y elevada dependencia funcional. El documento subraya que en los últimos años ha aumentado significativamente la prevalencia de problemas nutricionales y trastornos de la deglución en este tipo de pacientes, especialmente en unidades de hospitalización pediátrica y atención domiciliaria. Esta situación tiene consecuencias clínicas relevantes, ya que la desnutrición y las dificultades de alimentación se asocian a ingresos hospitalarios más prolongados, mayor morbimortalidad y aumento de procedimientos relacionados con nutrición enteral.

Uno de los puntos más sólidos que justifica la realización de este taller es que la formación práctica en nutrición pediátrica continúa siendo limitada tanto durante la residencia médica como en gran parte de la formación continuada. Como consecuencia, existe variabilidad en aspectos esenciales como la evaluación nutricional, la indicación de fórmulas enterales o el manejo de dispositivos y técnicas de administración que se abordarán en el taller,

orientando la formación al aprendizaje hacia situaciones clínicas reales y decisiones prácticas aplicables en el día a día asistencial.

La estructura docente se basa en un caso clínico de un paciente pediátrico crónico complejo con patología neurológica grave. Este caso funciona como hilo conductor para todas las actividades prácticas del taller. La elección es coherente desde el punto de vista pedagógico porque permite integrar diferentes problemas clínicos habituales en un único escenario asistencial: valoración nutricional, cálculo de requerimientos, disfagia, nutrición enteral y manejo de dispositivos.

El taller se divide en cuatro estaciones prácticas o “mesas”, con grupos reducidos de aproximadamente diez alumnos por estación. Esta organización busca favorecer la participación activa y el aprendizaje experiencial. El formato rotatorio también pretende que todos los participantes entrenen de manera directa habilidades técnicas que difícilmente podrían adquirirse mediante una sesión exclusivamente teórica.

La **primera mesa** está dedicada a la valoración nutricional. En esta estación, los alumnos trabajan con material antropométrico real y realizan mediciones entre ellos mismos. Posteriormente aplican fórmulas y herramientas específicas para interpretar los resultados y calcular parámetros nutricionales utilizando recursos de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP).

La valoración del estado nutricional clásicamente se basa en 5 pasos: historia clínica centrada en aspectos nutricionales, historia dietética, exploración física y antropometría, valoración bioquímica y cálculo de requerimientos.

En pacientes con afectación neurológica, **la valoración nutricional se convierte en un reto debido a las peculiaridades de estos pacientes.** En primer lugar, la propia realización de antropometría conlleva dificultades, tanto para la

obtención del peso como de la talla. En muchas ocasiones no es posible la medición de la talla debido a la espasticidad, contracciones y/o escoliosis, por ello, es necesaria la medición de segmentos corporales (longitud del cúbito, altura de la rodilla o longitud de la tibia) a partir de los cuales puede estimarse la talla. Por otro lado, debido a su masa muscular reducida y al acúmulo central de grasa, las determinaciones antropométricas pueden reflejar erróneamente un estado de desnutrición. La ESPGHAN recomienda no basar la valoración nutricional sólo en el peso y la talla (o su estimación), sino que debemos medir de rutina circunferencias y pliegues en el niño neurológico.

Se consideran **signos de alarma de desnutrición** los siguientes: signos físicos de desnutrición, Z score para el peso <-2 , pliegue tricipital $<p10$, circunferencia braquial $<p10$, oscilación de su peso y/o fallo en la ganancia ponderal.

En cuanto al uso de **gráficas de crecimiento**, existen gráficas específicas para niños con parálisis cerebral infantil (PCI) basadas en niños con tetraplejia severa, en muchos casos desnutridos, por lo que no se consideran el ideal de crecimiento. Por ello, se recomienda usar gráficas de niños sanos como los estándares de crecimiento publicados por la OMS. Es fundamental comparar siempre con la misma gráfica la evolución del niño. El seguimiento antropométrico debe realizarse cada 6 meses.

Dado los múltiples **factores de riesgo de osteoporosis** (baja movilidad, baja masa muscular, antiepilépticos), se recomienda la realización seriada de densitometría. Además, de manera anual se debe realizar un análisis de micronutrientes (vitamina D, perfil férrico, calcio y fósforo).

Esta parte tiene especial relevancia porque la valoración nutricional suele ser una de las áreas peor sistematizadas en muchos servicios pediátricos. En la práctica clínica es frecuente encontrar errores en la interpretación de percentiles, en el uso de curvas antropométricas

o en la estimación de requerimientos calóricos y proteicos. En el taller se abordan estas limitaciones desde una perspectiva aplicada y no exclusivamente teórica, lo que constituye uno de sus mayores aciertos metodológicos.

La **segunda mesa** se centra en el cálculo de requerimientos nutricionales y la selección de fórmulas de nutrición enteral. Los participantes trabajan con diferentes fórmulas comerciales, aprenderán a clasificarlas y a seleccionar las opciones más adecuadas para el paciente del caso clínico. También utilizan herramientas de cálculo específicas para determinar necesidades energéticas y proteicas.

No existen recomendaciones específicas apropiadas para el paciente con afectación neurológica. Por ello, se recomienda inicialmente el uso de estándares de referencia para el niño sano tanto para las necesidades calóricas, como para los requerimientos proteicos (salvo en caso de situaciones específicas como úlceras por decúbito o con baja necesidades calóricas donde se debe suplementar la ingesta proteica) y de micronutrientes. Es fundamental la vigilancia del estado de hidratación dado el alto riesgo de deshidratación.

En ausencia de calorimetría indirecta, la fórmula más utilizada en pediatría para el cálculo de requerimientos energéticos es la ecuación de Schofield, que determina del gasto energético basal (el cual se multiplica por un índice en función de la actividad del niño, crecimiento y termogénesis por alimentación para obtener el gasto energético total). Existen varias ecuaciones para estimar los requerimientos energéticos en el niño neurológico, basadas en los estándares de referencias, en calorimetría indirecta o en la altura junto con su disfunción motora.

Este enfoque tiene valor porque uno de los problemas habituales en nutrición pediátrica es el uso poco individualizado de fórmulas enterales. En muchos contextos clínicos se tiende a utilizar fórmulas estándar sin valorar adecuadamente factores como la edad, el estado nutricional, la función digestiva, la patología de

base o la tolerancia gastrointestinal. El taller intenta trasladar la idea de que la nutrición enteral no consiste únicamente en “poner una fórmula”, sino en seleccionar un soporte adaptado a las características concretas del paciente.

La **tercera mesa** aborda la disfagia y el manejo de texturas. Los asistentes realizan pruebas con espesantes y aprenden a valorar las diferentes fases de la deglución. También se entrenan en la identificación de alteraciones de la deglución y en la preparación de texturas adaptadas.

La **disfagia orofaríngea (DOF)** se define como la alteración de cualquiera de las fases de la deglución: fase inicial preparatoria, fase oral, faríngea y esofágica.

La DOF es muy frecuente en los pacientes con afectación neurológica, especialmente en PCI grave. De hecho, el principal predictor de DOF es el grado de afectación motora, siendo la prevalencia superior al 90% en aquellos con mayor afectación motora (GMFCS 4 y 5). La afectación de la deglución también depende del tipo de PCI que padezca el paciente: así, los pacientes con cuadriplejía espástica suelen asociar con más frecuencia DOF.

Distintos factores explican esta elevada prevalencia: la afectación de estructuras anatómicas necesarias para la alimentación, comportamientos reflejos inapropiados, alteración del tono muscular y de los movimientos coordinados necesarios para una correcta deglución o la hipersensibilidad oral.

Por todo ello, es imprescindible en todo paciente con afectación neurológica evaluar la función oro-motora, con búsqueda proactiva de signos y síntomas de disfagia y de complicaciones asociadas. Para el cribado, se recomienda incluir una serie de ítems en toda historia de paciente con afectación neurológica, para evaluar si existe DOF y si el paciente precisa más pruebas para completar su estudio:

- **¿Cuál es la duración de las comidas?:** una duración mayor a 30 minutos/comida de

forma regular o un tiempo total mayor de 4 horas empleado al día para alimentar al paciente obligan a completar el estudio de DOF.

- **¿Es la comida un momento estresante para el cuidador o niño?:** cuando la deglución no es eficaz y/o segura el acto de alimentar de alimentar se convierte en una situación estresante, sobre todo en aquellos pacientes con riesgo de aspiración pulmonar, con notable impacto sobre los cuidadores y resto de la familia.
- **¿Pérdida progresiva de peso no asociada a otra causa?:** los pacientes con DOF presentan dificultades para mantener una adecuada hidratación y nutrición vía oral, por lo que tienen mayor riesgo de desnutrición. Una pérdida progresiva de peso no asociada a otra causa obliga a investigar si ha habido un deterioro de la función oro-motora.
- **¿Hay signos de problemas respiratorios?:** en todo paciente con PCI debemos evaluar frecuentemente signos que hagan sospechar aspiraciones, neumopatías aspirativas y síndrome aspirativo crónico. Algunos de los signos de alarma son: tos con las tomas, fatiga, congestión durante la ingesta, cambios de coloración facial, regurgitación nasal, sudoración, cambios en la tonalidad de voz, residuos orales, sensación de STOP en la garganta o historia de problemas respiratorios.

Es necesario tener en cuenta que el grado de disfagia puede modificarse a lo largo de la vida, especialmente ante deterioros motores, por lo que dicha información debe actualizarse de forma regular. Si existe sospecha de DOF, el paciente debe ser evaluado para valorar el grado de eficacia y seguridad de la deglución. Aparte de la historia clínica centrada en DOF, es necesario realizar una exploración oromotora anatomo-

funcional sistemática y observación de la ingesta o test de colorante alimentario en pacientes con traqueotomía. Otras pruebas que forman parte de dicha evaluación son el test volumen-viscosidad, la videofluoroscopia y la videoendoscopia.

Este apartado es especialmente importante porque la disfagia pediátrica sigue infradiagnosticada en muchos entornos clínicos. Los pacientes neurológicos complejos presentan alto riesgo de aspiración, neumonías recurrentes y malnutrición secundaria a problemas de alimentación. Sin embargo, muchos profesionales sanitarios no reciben formación específica sobre cómo detectar signos clínicos de disfagia ni sobre cómo adaptar las texturas de forma segura. El taller intenta cubrir este vacío mediante entrenamiento práctico y simulación.

La **cuarta mesa** está orientada al manejo de dispositivos de nutrición enteral. Los participantes trabajan con sondas nasogástricas, gastrostomías, sistemas de infusión, bombas de nutrición enteral y diferentes tipos de conexiones y jeringas. Además, se utilizan simuladores y muñecos clínicos que permiten practicar técnicas relacionadas con sondajes y ostomías.

Desde el punto de vista formativo, esta parte probablemente sea una de las más útiles para profesionales con poca experiencia en cuidados complejos pediátricos. Muchos pediatras conocen la teoría sobre la nutrición enteral, pero tienen escasa exposición práctica a dispositivos reales. El uso de simuladores y material clínico auténtico mejora significativamente la transferencia de conocimientos al entorno asistencial.

Entre los objetivos docentes del taller destacan: aprender a realizar una valoración nutricional adecuada, manejar instrumentos antropométricos, calcular requerimientos energéticos y proteicos, seleccionar fórmulas enterales, valorar la disfagia, generar texturas adaptadas, manejar sondas y gastrostomías y

conocer distintos sistemas de administración enteral.

La orientación de los objetivos es coherente con la filosofía práctica del taller. No se trata de una revisión académica extensa sobre nutrición pediátrica, sino de una formación dirigida a mejorar competencias clínicas concretas y aplicables.

Otro aspecto destacable del taller es la **integración multidisciplinar**. El taller incorpora dos pediatras especializados en gastroenterología de, junto con una pediatra de experiencia el manejo de pacientes que precisan cuidados de alta complejidad tanto intra como extra hospitalario, así como la visión en el manejo de dispositivos una enfermería pediátrica con amplio manejo de pacientes con problemas nutricionales. Esto refleja adecuadamente la realidad asistencial del paciente pediátrico con necesidades nutricionales complejas, cuyo manejo raramente depende de un único profesional.

La presencia de enfermería es especialmente relevante en temas como el manejo de dispositivos, la educación a familias, los cuidados de gastrostomías y la administración de nutrición enteral. En muchos hospitales, gran parte de la experiencia práctica reside precisamente en enfermería pediátrica, por lo que su inclusión mejora el valor real del taller.

En cuanto a los **recursos materiales**, el taller consta de los elementos necesarios para cada estación: instrumentos antropométricos, fórmulas enterales, espesantes, pulsioxímetros, bombas de nutrición enteral, sondas, gastrostomías y simuladores clínicos.

Desde el punto de **vista pedagógico**, el aprendizaje basado en estaciones, la simulación y la resolución de casos clínicos son estrategias mucho más eficaces que las clases magistrales tradicionales para desarrollar habilidades prácticas. Además, el número reducido de alumnos por mesa favorece la interacción y el entrenamiento individualizado.

En resumen, el taller pretende transmitir una idea importante: la nutrición pediátrica hospitalaria no debe considerarse un aspecto secundario o meramente complementario. En pacientes complejos, el estado nutricional condiciona evolución clínica, tolerancia a tratamientos, riesgo infeccioso, estancia hospitalaria y calidad de vida. La propuesta intenta reforzar esa visión integradora del soporte nutricional como parte central del manejo pediátrico.

En conjunto, el taller presenta una propuesta sólida, útil y clínicamente relevante. Su principal fortaleza es la orientación práctica y la adaptación a problemas reales que muchos pediatras encuentran en hospitalización y cuidados complejos. La combinación de antropometría, disfagia y manejo de dispositivos permite abordar la nutrición pediátrica desde una perspectiva integral y multidisciplinar.

Referencias bibliográficas

1. Segarra O, Redecillas S, Clemente S. Guía de nutrición pediátrica. 5.ª ed. Barcelona: Hospital Vall d'Hebron; 2022.
2. Herramientas prácticas en nutrición clínica pediátrica. [s.l.]: Nestlé Health Science; [s.f.]
3. Romano C, Van Wynckel M, Hulst J, Broekaert I, Bronský J, Dall'Oglio L, et al. ESPGHAN Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children with Neurological Impairment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(2):242-264. doi: 10.1097/mpg.0000000000001646

Taller: Escape Room: medicamentos de alto riesgo en planta: ¿cómo salir sanos, salvos y seguros?

Dr. Enrique Villalobos Pinto. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Dra. Ángela Pascual Carrasco. Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante

Dra. Belén Riva de la Hoz. Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

D^a. Mónica de la Cuesta Enfermera Pediátrica. Hospital Universitario del Hospital Niño Jesús. Madrid.

Para establecer prácticas seguras en el uso de medicamentos en pacientes pediátricos es importante tener en cuenta diferentes aspectos:

- Los pacientes pediátricos son un grupo de riesgo de sufrir errores de medicación. En este sentido, es importante concienciar y formar a todos los profesionales, a familiares y cuidadores en el uso seguro de los medicamentos. En el caso de pacientes adolescentes es importante implicarles también en dicho proceso.
- El circuito de utilización de medicamentos en los hospitales es complejo, y más en el área pediátrica. Este hecho hace que debamos asumir que ninguna práctica por sí sola va a garantizar la seguridad de la utilización de los medicamentos, sino que es preciso introducir diversas prácticas en todas y cada una de las etapas que configuran el sistema de utilización de los medicamentos.
- No todos los hospitales son iguales. Es necesario establecer, a nivel local, programas y procedimientos con un enfoque multidisciplinar de autoanálisis y que favorezcan una cultura de seguridad.
- En las unidades pediátricas hospitalarias existen diferentes áreas de trabajo (hospitalización, urgencias, área quirúrgica, consultas externas, hospital de día...) con diferencias estructurales y organizativas, por lo que las medidas para la seguridad del

paciente deben adaptarse a los distintos entornos de trabajo. Se deben establecer también medidas de seguridad en los puntos de transición dentro del hospital y entre distintos niveles asistenciales.

Es importante conocer los errores que se producen con mayor frecuencia en pediatría, así como sus causas y factores contribuyentes.

Las prácticas específicas que se establezcan deben tener como objetivo que los errores no causen eventos adversos a los pacientes y deben estar basadas en los tres principios básicos de seguridad:

1º Reducir la probabilidad de que los errores ocurran. La mejor forma de prevenir un error es hacer que sea muy difícil o imposible su aparición.

2º Hacer visibles los errores. Teniendo en cuenta que no es posible prevenir todos los errores, si los hacemos visibles cuando ocurren podremos actuar antes de que lleguen al paciente.

3º Minimizar las consecuencias de los errores. Realizar cambios en productos o procedimientos de trabajo que reduzcan la gravedad en caso de que hayan fallado las medidas anteriores y el error llegue al paciente.

A partir de estos principios se pueden diseñar e implementar prácticas específicas basadas en el conocimiento de cada hospital y priorizar medidas a tomar en función del riesgo y los recursos disponibles. Estas prácticas consisten fundamentalmente en reducir la complejidad de los procesos simplificando y estandarizando los procedimientos, incorporar barreras o restricciones que hagan difícil o imposible que ocurran los errores y limiten u obliguen a realizar los procesos de una determinada forma, optimizar los procedimientos de información...etc. Una práctica extendida en el Sistema Nacional de Salud es el de notificar cualquier incidencia o error de medicación

relacionado con el uso de medicamentos, bien utilizándose el aplicativo SiNASP a nivel nacional, o bien sistemas de notificación similares en diferentes Comunidades Autónomas, tales como SiNEA en la Comunidad Valenciana o CISE-Madrid en la Comunidad de Madrid.

Así, a la hora de establecer prácticas seguras en el uso de medicamentos en pediatría, además de tener en cuenta los factores inherentes específicos de la población pediátrica y de los subgrupos específicos, se deberá tener especial atención cuando se utilizan **medicamentos de alto riesgo** para prevenir errores en su manejo o minimizar las consecuencias graves o fatales que puedan derivarse.

El Instituto para el uso Seguro del Medicamento (ISMP) define los medicamentos de alto riesgo como aquellos que, si se utilizan incorrectamente, presentan gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Esto no significa que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse las consecuencias pueden resultar más graves.

Estos medicamentos son objetivo prioritario de muchas de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente y se recomienda que los profesionales sanitarios los conozcan y que se establezcan prácticas para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización.

En 2023 el Ministerio de Sanidad, en colaboración del ISMP-España, publicó un documento de Recomendaciones para el Uso Seguro de los Medicamentos de Alto Riesgo con el objetivo de ayudar a los profesionales a gestionar con seguridad estos medicamentos en los centros sanitarios.

En 2024 ha publicado un segundo documento específico para el paciente pediátrico, en el que ha colaborado de forma activa el GEFP junto con el ISMP y el Comité de Calidad Asistencia y Seguridad del Paciente de la Asociación Española de Pediatría.

En este documento se han adaptado y completado las recomendaciones generales del primero a la población pediátrica. El documento proporciona, en primer lugar, una lista de referencia de los medicamentos de alto riesgo en pacientes pediátrico que incluye medicamentos como el paracetamol IV, los aminoglucósidos y la vancomicina que no estaban incluidos en las listas generales publicadas hasta la fecha, así como recomendaciones generales y específicas para los medicamentos de alto riesgo que deben incluirse como mínimo en las listas a elaborar en cada centro e insta a los diferentes centros a implantar programas de mejora en la seguridad en el uso de estos medicamentos en pacientes pediátricos.

Creemos necesario dar la máxima difusión al documento para que los distintos centros hospitalarios, fundamentalmente a nivel de los Servicios de Pediatría Interna Hospitalaria, Unidades de Enfermería y Farmacia se impulse la implementación de estos programas de mejora de la seguridad en los diferentes centros sanitarios en los que se atienden a pacientes pediátricos.

El taller se desarrollará haciendo un símil con un "escape room", en el que los participantes tendrán que resolver una serie de retos relacionados con la seguridad (validación de dosis, resolución de acertijos farmacéuticos, descubrir la clave del sistema antes de administración errónea....) para "salir" antes de que ocurra un evento adverso grave.

Los colaboradores docentes pondrán en contexto los casos clínicos e irán dirigiendo a los grupos.

Taller: Sedoanalgesia avanzada en hospitalización: del dolor al confort

Dr. Juan Utrero Valiente. Hospital HLA Vistahermosa. Alicante.

Dra. Laura Monfort. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Dra. María Sánchez. Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoy. Alicante.

Dr. Carlos Miguel Angelats. Hospital Francesc de Borja. Gandía.

1. Propósito y organización

El taller aborda la prevención y el tratamiento del dolor, la ansiedad y el malestar asociados a procedimientos pediátricos. Se organiza en cuatro estaciones prácticas de 20-25 minutos: medidas no farmacológicas; analgesia por vías tópica, intranasal e inhalada; sedoanalgesia intravenosa y procedimientos; y dolor crónico y oncológico. El objetivo común es ofrecer una atención multimodal, individualizada y segura, que combine analgesia, ansiolisis, confort, participación familiar y una adecuada preparación del equipo.

2. Abordaje no farmacológico del dolor pediátrico

El dolor es una experiencia subjetiva, multidimensional y modulada por factores físicos, psicológicos y sociales. Debe creerse el relato del niño y valorarse con escalas adecuadas: FLACC-R en menores o pacientes no verbales, FPS-R aproximadamente entre 4 y 12 años y escala numérica verbal en niños mayores capaces de comprenderla. Un manejo deficiente puede aumentar la sensibilización, el miedo y la evitación futura de la atención sanitaria.

Aplicar cuidados informados en el trauma: seguridad, transparencia, confianza, colaboración y capacidad de elección.

Crear un entorno de bajo estímulo, con privacidad, poca luz y ruido y el mínimo personal necesario.

Usar lenguaje claro, honesto y adaptado a la edad; anticipar sensaciones; ofrecer

elecciones realistas y buscar el asentimiento del niño.

Evitar mentiras, amenazas, descalificaciones e inmovilización forzada. Priorizar posiciones erguidas y de confort, en contacto con el cuidador.

Implicar a la familia como apoyo calmado y utilizar respiración, imaginación guiada, música, juguetes, pantallas o realidad virtual según edad y preferencias.

En lactantes y neonatos, considerar lactancia, sacarosa oral, contención facilitada, envoltura y piel con piel.

Reducir la invasividad mediante adhesivos tisulares, suturas absorbibles, anestesia tópica, anestésicos locales tamponados y dispositivos de vibración o frío cuando estén indicados.

3. Analgesia por vías incruentas

3.1 Anestesia tópica

Los anestésicos tópicos disminuyen el dolor y la ansiedad anticipatoria en venopunción, canalización venosa, punción lumbar, reparación de heridas y procedimientos dermatológicos menores. Su eficacia depende de elegir la preparación correcta, aplicar una cantidad suficiente y respetar el tiempo de inicio.

LAT/LET: útil en laceraciones cutáneas simples, especialmente en cara y cuero cabelludo; suele actuar en 20-30 minutos y puede reducir la infiltración local. Evitar en mucosas, heridas extensas o contaminadas y zonas de circulación terminal.

EMLA (lidocaína-prilocaína): indicada en piel intacta; requiere oclusión y, habitualmente, 30-60 minutos. No debe aplicarse de rutina sobre heridas abiertas; requiere precaución por riesgo de metahemoglobinemia.

Lidocaína o tetracaína tópicos: útiles en piel o mucosas según formulación, controlando dosis, superficie y absorción.

Cloruro de etilo: analgesia inmediata, breve y superficial para punciones rápidas; debe

evitarse la congelación, la inhalación y su uso en mucosas o heridas.

3.2 Vía intranasal

La vía intranasal permite analgesia o sedación rápida sin canalizar una vía venosa. Se recomienda atomizador, concentraciones que minimicen el volumen y reparto entre ambas fosas. Antes de administrarla deben revisarse alergias, peso, constantes, nivel de conciencia, última ingesta, antecedentes de sedación y permeabilidad nasal.

Fentanilo: para dolor moderado o intenso y procedimientos dolorosos; exige vigilancia respiratoria y disponibilidad de naloxona.

Midazolam: para ansiedad o sedación mínima; no aporta analgesia y requiere disponibilidad de flumazenilo.

Ketamina: aporta sedoanalgesia para procedimientos breves dolorosos cuando no hay vía intravenosa; su uso intranasal puede ser fuera de ficha técnica y debe estar protocolizado.

La vía intranasal no debe usarse con epistaxis activa, obstrucción bilateral, traumatismo facial o nasal, lesión grave de la mucosa o inestabilidad que requiera acceso intravenoso inmediato. Congestión intensa, vasoconstrictores recientes, necesidad de titulación precisa, procedimientos prolongados o alto riesgo de vía aérea requieren valoración individual.

3.3 Mezcla equimolar de óxido nitroso y oxígeno

La mezcla equimolar proporciona analgesia, ansiólisis y cierto efecto amnésico, con inicio en 3-5 minutos y recuperación rápida. Es útil en procedimientos breves de intensidad leve o moderada: punciones, curas, retirada de apósitos, suturas seleccionadas, infiltración local y manipulaciones simples. Requiere cooperación suficiente para usar mascarilla o válvula de demanda.

Está contraindicado o desaconsejado en compromiso respiratorio agudo, neumotórax u otras cavidades aéreas cerradas, sospecha de neuroencefalopatía, cirugía reciente del oído medio, determinados trastornos del metabolismo de

vitamina B12 o metionina y falta de cooperación. Deben extremarse precauciones en procedimientos prolongados, infección respiratoria, niños poco colaboradores, enfermedad grave y uso simultáneo de otros depresores del sistema nervioso central. La administración debe suspenderse ante somnolencia excesiva, pérdida de respuesta verbal, hipoventilación, desaturación, vómitos persistentes o mala tolerancia.

Sedoanalgesia procedimental: planificación y seguridad

La sedoanalgesia busca minimizar dolor y ansiedad, facilitar la cooperación o inmovilización y mantener la seguridad. Debe concebirse como un continuo desde sedación mínima hasta anestesia general: cuanto mayor sea la profundidad, mayor será el riesgo de pérdida de reflejos protectores, depresión respiratoria e inestabilidad.

Disponer de al menos dos profesionales entrenados: uno responsable del procedimiento y otro dedicado a vigilancia y apoyo.

Realizar evaluación estructurada: alergias, medicación, patologías y clasificación ASA, última ingesta, eventos relacionados con el cuadro, experiencias previas y exploración cardiopulmonar y de la vía aérea.

Registrar peso, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno y nivel de conciencia.

Valorar dificultad de vía aérea con criterios como LEMON y riesgo de aspiración, sin retrasar procedimientos urgentes cuando el balance riesgo-beneficio favorezca actuar.

Seleccionar fármaco, vía, dosis, dosis máxima, monitorización, material de reanimación y antidotos antes de comenzar.

Explicar el plan al niño y a la familia y obtener el consentimiento conforme a la normativa y al nivel de sedación.

Monitorización

Sedación mínima: observación clínica y constantes basales; la pulsioximetría debe estar disponible y se empleará según el fármaco y el protocolo.

Sedación moderada: pulsioximetría continua, control de frecuencia cardíaca y presión arterial, evaluación frecuente de la ventilación y capnografía cuando no pueda mantenerse comunicación verbal adecuada.

Sedación profunda: monitorización continua completa, con frecuencia cardíaca, saturación, ECG, presión arterial y vigilancia ventilatoria estrecha; registrar constantes con mayor frecuencia.

Situaciones especiales: en ASA III o enfermedad cardiovascular se requiere monitorización reforzada. Si se combinan óxido nitroso, opioides u otros sedantes, debe asumirse un nivel de riesgo superior.

Selección farmacológica en procedimientos

La elección depende de la edad, colaboración, intensidad del dolor, duración, inmovilización necesaria, vía disponible, comorbilidad y experiencia del equipo. Los sedantes puros no sustituyen a la analgesia. Para sedación mínima puede emplearse óxido nitroso; para ansiedad o sedación moderada, benzodicepinas como midazolam; para sedación profunda, propofol en un entorno con capacidad de rescate avanzado. La ketamina ofrece analgesia, amnesia y sedación disociativa. En procedimientos muy dolorosos pueden utilizarse combinaciones protocolizadas, como ketamina-propofol, con anestesia local y/o fentanilo según necesidad.

Efectos adversos y respuesta inicial

Hipoxemia, apnea u obstrucción: suspender fármacos o gas, estimular, abrir la vía aérea, aspirar si es preciso, administrar oxígeno y aplicar ventilación con presión positiva; valorar antídoto e intubación según respuesta.

Laringoespasma: interrumpir el procedimiento, aplicar maniobras de vía aérea y

presión positiva, y escalar a profundización anestésica, relajación e intubación si no revierte.

Hipotensión o bradicardia: asegurar oxigenación y ventilación; considerar fluidoterapia y soporte avanzado.

Náuseas y vómitos: posición segura, aspiración de secreciones, observación y antiemético si persisten.

Reacción alérgica: tratar según gravedad, incluyendo adrenalina intramuscular en anafilaxia.

Reversores: flumazenilo para depresión significativa por benzodicepinas y naloxona para opioides, con vigilancia posterior por riesgo de resedación o dolor rebote.

Recuperación, alta y registro

Tras la sedación, el paciente debe permanecer en observación hasta recuperar su estado basal. El alta requiere estabilidad hemodinámica y respiratoria, saturación adecuada sin soporte adicional, nivel de conciencia y función neurológica acordes con la edad, dolor controlado, ausencia de vómitos persistentes o complicaciones y tolerancia oral cuando proceda. La familia debe recibir instrucciones sobre reposo, vigilancia, analgesia domiciliaria y signos de alarma.

En la historia clínica deben constar la indicación, evaluación previa, consentimiento, medidas farmacológicas y no farmacológicas, dosis, vías, tiempos, monitorización, incidencias, respuesta, recuperación y cumplimiento de criterios de alta.

Dolor crónico y oncológico

Durante la sesión, mediante un caso clínico, se revisarán los siguientes aspectos:

Principios básicos para el manejo seguro de opioides en el paciente pediátrico hospitalizado.

Concepto y funcionamiento de la analgesia controlada por el paciente o por enfermería (PCA/NCA).

Abordaje del dolor crónico agudizado en pacientes con patología crónica compleja o enfermedad avanzada, mediante analgesia multimodal.

Manejo de la vía subcutánea.

Conclusión

La atención óptima del dolor y la ansiedad pediátricos exige anticipación, comunicación honesta, participación familiar y combinación flexible de medidas no farmacológicas, anestesia local, analgesia y sedación. La técnica debe ajustarse al procedimiento y al paciente, siempre con personal competente, capacidad de rescate,

monitorización proporcional al nivel de sedación y criterios explícitos de recuperación y alta.

Referencias bibliográficas

1. Multimodal Perioperative Pain Management for Children with Medical Complexity. *Pediatr Clin N Am*. 2026;73:345–377.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2025.11.007>
2. Monografía SECPAL sobre el uso de la vía subcutánea.
3. An update on the safety of prescribing opioids in pediatrics. *Expert Opin Drug Saf*. 2019;18(2):127–143. doi:10.1080/14740338.2019.1571037.
4. Towards new perspectives: International consensus guidance on dystonia in pediatric palliative care. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2025;56:24–37.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2025.04.003>.

Resumen plenarias

Viernes 23 de octubre

El laberinto del niño crónico complejo: claves para romper barreras asistenciales.

Dra. Ester Pérez Lledó. Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Dra. Virginia Santana Rojo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

En las últimas décadas, los avances médicos y técnicos han contribuido a una disminución significativa de la mortalidad infantil. Sin embargo, también ha aumentado la morbilidad de los niños que sobreviven, con un incremento de la prevalencia de la patología crónica, la complejidad médica, la dependencia de tecnología, la discapacidad y la fragilidad en la infancia.

Para definir a esta población, se han utilizado términos como “niño con complejidad médica”, “niño con necesidades especiales de salud”, “niño dependiente de tecnología” o “niño con patología crónica compleja”, conceptos que se superponen pero también tienen matices diferenciadores. Aunque no hay una definición única, consensuada y universalmente aceptada, destacan las propuestas por Cohen et al. y Simon et al.

Cohen et al. definieron en 2011 a los niños con complejidad médica como un subgrupo dentro de los niños con necesidades especiales de salud que compartían cuatro características fundamentales:

- Existencia de una o más enfermedades crónicas graves o asociadas a fragilidad médica.
- Limitaciones funcionales graves, con posible uso de soporte tecnificado.

- Necesidad de una elevada cantidad y variedad de cuidados, con un profundo impacto familiar a varios niveles.

- Elevado uso de recursos sanitarios.

Por su parte, en 2014, Simon *et al.* desarrollaron un algoritmo de complejidad médica que identificaba a los niños con patología crónica y complejidad como aquellos que presentaban alguna de las siguientes situaciones:

- Enfermedades crónicas (más de 12 meses) significativas con afectación de dos o más sistemas.
- Una enfermedad progresiva asociada a un deterioro de la salud y a una disminución de la esperanza de vida.
- Dependencia continua de soporte tecnificado durante al menos 6 meses.
- Patología oncológica con progresión o metástasis con alteración funcional.

Se han desarrollado distintas herramientas para identificar y clasificar a los niños con patología crónica y complejidad, como la escala española PedCom, el modelo chileno de atención a Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS) o el modelo de Ontario. Estos instrumentos son útiles para distinguir qué pacientes requieren una asistencia más o menos especializada y adaptar los recursos a las necesidades de cada individuo.

El impacto de esta población en el sistema de salud es muy significativo. Aunque los niños con complejidad médica constituyen menos del 1% de la población pediátrica, su atención supone hasta un tercio del gasto sanitario y un 40-57% del gasto hospitalario pediátrico. Esta alta prevalencia de cronicidad se refleja de manera directa en la hospitalización: representan el 37-63% de los ingresos y el 25-54% de los días de estancia en pediatría. Además, hasta el 41% de las estancias prolongadas ocurren en estos

pacientes, quienes tienen hasta 10 veces más riesgo de reingreso tras el alta.

A nivel clínico, su manejo supone un desafío constante. Suelen presentar polifarmacia, lo que aumenta el riesgo de reacciones adversas, interacciones farmacológicas y errores de medicación. Asimismo, tienen una mayor probabilidad de requerir cuidados intensivos; de hecho, hasta el 60% de los ingresos y el 75% de los procedimientos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátrica se producen en este grupo. Los fallecimientos en esta población suponen más del 40% de la mortalidad infantil intrahospitalaria.

Frente a esta realidad, la pediatría interna hospitalaria se ha consolidado como la subespecialidad central en el abordaje de los niños con cronicidad y complejidad médica, impulsada por el aumento de esta población y la necesidad de coordinar su asistencia. Además de la labor clínica directa con estos pacientes durante las interurrencias, el pediatra internista hospitalario es el encargado del comanejo del caso junto a otros especialistas, de la coordinación del proceso intrahospitalario, la planificación del alta y el liderazgo en materia de calidad y seguridad.

Barreras Extrahospitalarias

El paciente con patología crónica compleja se enfrenta desde su diagnóstico a grandes dificultades a nivel intrahospitalario sino también a nivel extrahospitalario. El paciente y su familia deben afrontar muy distintos desafíos, entre los que encuentran la preparación y manejo de los cuidados del paciente en domicilio, con la carga de cuidados que implica (mediana de 2 horas semanales en coordinación de cuidados y más de 11 horas semanales en cuidados directos en el hogar), dificultades con la gestión y acceso a los distintos servicios de asistencia sanitaria (coordinación subespecialidades médicas, acceso a servicios dentales y salud mental, dificultades psicológicas (claudicación, ansiedad, depresión), sociales 50% de los cuidadores han tenido que

abandonar su empleo, pérdida de red de apoyo y amigos), económicas y educativas (transporte, adaptaciones educativas).

Los principales desafíos para la atención y cuidados de los pacientes crónicos pediátricos:

1. El primer desafío tanto para los profesionales como para las familias de aquellos niños y adolescentes con un diagnóstico reciente o un ingreso que implique un aumento de la tecnificación o de los cuidados de los pacientes es la **preparación del “alta a domicilio”**. Son claves para “alta segura” los siguientes aspectos:

a) Establecimiento del Plan terapéutico:

-**Plan terapéutico (PT)**: plan de atención específico y exhaustivo para una persona con uno o más problemas de salud crónicos. Debe ser consensuado entre los diferentes profesionales sanitarios y sociales y compartirlo con el paciente y su familia.

-**Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC)** es un informe en el que el equipo responsable del paciente destaca las indicaciones a seguir en caso de que el/la paciente sea atendido por otros profesionales que no sean los habituales. Estos documentos deben ser dinámicos y resumir las necesidades médicas, los profesionales involucrados en la atención, las metas familiares y los protocolos de emergencia. Lo ideal es que sean accesibles en tiempo real a través de portales electrónicos.

- #### **b) Preparación del domicilio.** Solicitud de materiales según precise el paciente: Pulsioxímetro, oxígeno, aspirador, respirador, nebulizador, asistente de tos, dispositivos de nutrición enteral y/o parenteral, etc.

- #### **c) Educación en el manejo de terapias y cuidados.** Capacitación: No basta con dotar al domicilio de material; la

instrucción técnica a los cuidadores es el pilar de la seguridad del menor

d) Apoyo psicológico: Aceptación y adaptación de la condición de enfermedad crónica. Derivación a equipos de atención psicosocial

e) Valorar y determinar del nivel de complejidad. Uso de escalas como el cuestionario QuI CCC (para identificar condiciones crónicas) y el marco NANEAS. Para determinar la intensidad de la intervención, es fundamental el uso de la PaPaS Scale.

d) Determinar si el paciente precisa ingreso en programas de atención domiciliaria. El alta hospitalaria de un paciente crónico no es un trámite administrativo; es una transferencia tecnológica de alta complejidad al entorno doméstico. El objetivo es extender los cuidados de rango hospitalario al hogar, garantizando la seguridad clínica como prioridad absoluta. El domicilio debe ser validado como el "mejor lugar terapéutico" posible.

La inclusión en programas domiciliarios debe regirse por un marco de decisión estricto basado en la voluntariedad de la familia, la estabilidad clínica y la factibilidad técnica de los tratamientos.

f) Es recomendable el uso de un Listado de verificación (Checklist) de "alta segura":

-Capacitación: Entrenamiento verificado del cuidador en manejo de dispositivos y efectos secundarios.

-Documentación Obligatoria: PCC firmado, Documento de Decisiones Anticipadas, Hoja informativa de contactos 24/7 y Hoja de prescripción detallada de fármacos y materiales.

-Logística: Material necesario para el traslado y continuidad terapéutica asegurado

Un alta sin capacitación técnica y una red de comunicación establecida es un reingreso asegurado y un fallo sistémico en la seguridad del paciente

2. La atención de los pacientes crónicos debe articularse bajo la implantación de **modelos de atención integral domiciliaria**. En este modelo, el hospital no pierde relevancia, sino que se refocaliza como un nodo de alta especialización que apoya y da soporte técnico a la atención primaria, situando a la familia en el centro de toda decisión (PFCC). En caso de pacientes crónicos de complejidad (**Nivel 1**), serán los equipos de **atención primaria** quienes deben estar al frente de dicha atención y coordinación asistencial. En el caso de pacientes con alta complejidad (**Nivel 2-3**), deben ser atendidos por **equipos especialistas en cuidados domiciliarios**.

El liderazgo clínico debe ser compartido. Mientras el **hospital** aporta la experticia técnica en **situaciones críticas**, la **atención primaria y las unidades de hospitalización a domicilio garantizan la longitudinalidad**.

Características de los programas de atención domiciliaria deben ser:

-Accesible: Eliminación de barreras; atención disponible cuando se necesita.

-Continuo: Seguimiento longitudinal por un equipo que conoce profundamente la historia del niño.

-Integral: Aborda necesidades médicas, sociales, emocionales y de desarrollo.

-Coordinado: Actúa como enlace entre especialistas, escuelas y servicios comunitarios.

-Compasivo: Empatía activa ante el estrés parental y la fragilidad del menor.

-Culturalmente Efectivo: Adaptado a los valores y lenguaje de la familia para garantizar la adherencia.

Para que este modelo sea operativo, se requiere de sistema de **soporte digital**

para la comunicación en tiempo real entre todos los profesionales implicados.

El modelo ideal de atención constaría siguientes elementos:

a) Coordinación y liderazgo clínico

Designar un coordinador de cuidados (enfermero/a o trabajador social) como punto de contacto principal para la familia y enlace entre hospital, domicilio y otros proveedores.

Definir roles claros entre el equipo hospitalario y los proveedores comunitarios, mediante acuerdos de manejo conjunto.

b) Registro y seguimiento proactivo

Mantener un registro actualizado de todos los pacientes crónicos atendidos en domicilio, incluyendo diagnósticos, necesidades funcionales, apoyos familiares y riesgos.

Utilizar este registro para identificar necesidades anticipadas y planificar visitas domiciliarias, teleconsultas y controles preventivos.

c) Plan de cuidados compartido y digital

Desarrollar, junto a la familia, un plan de cuidados integral y digital, accesible en tiempo real para todos los proveedores.

El plan debe incluir: resumen médico, contactos clave, objetivos de salud, instrucciones de emergencia y necesidades de equipos médicos.

d) Acceso continuo y comunicación

Ofrecer acceso telefónico y telemedicina 24/7 a un profesional que conozca la historia y necesidades del niño.

Facilitar la comunicación bidireccional entre el equipo hospitalario, la familia y los proveedores externos (escuela, terapeutas, farmacia, etc.).

e) Apoyo a la familia y educación

Brindar educación continua a la familia sobre el manejo de la condición, uso de tecnología y recursos disponibles.

Apoyar la integración escolar y social, colaborando con la escuela en la elaboración de planes educativos individualizados.

f) Evaluación de calidad y mejora continua

Participar en iniciativas de mejora de calidad, midiendo resultados como hospitalizaciones no planificadas, satisfacción familiar, funcionalidad y calidad de vida.

Revisar periódicamente los procesos de transición entre hospital y domicilio para minimizar riesgos y eventos adversos.

g) Apoyo administrativo y económico

Se explicará durante la ponencia como ejemplo de programa de Atención domiciliaria a pacientes pediátricos de alta complejidad. Modelo de la Comunidad Valenciana.

3. Continuidad asistencial. Generación de la red.

Además de la atención clínica tanto intra como extrahospitalaria, los pacientes y sus familias se encuentran en centro de una gran red de problemas y necesidades que deben ser atendidas. Las principales ramas de la red son:

-Sanidad: Coordinación de Centros de salud, hospitales, farmacia especializada y equipos de hospitalización a domicilio.

-Educación: Escuelas de educación especial, transporte adaptado y directores clínicos escolares.

-Comunidad y Apoyo: Grupos de padres, redes de hermanos y servicios de respiro. Actividades adaptadas para el ocio.

-Legal, social y económico: Planificación de tutelas, patrimonio protegido y gestión de ayudas a la dependencia.

La fragmentación actual del sistema sanitario crea vacíos críticos en áreas donde la cronicidad es más severa,

destacando actualmente la salud mental tanto para el niño como sus cuidadores, odontología especializada, el acceso a los cuidados paliativos, coordinación entre subespecialidades y la transición al sistema de adultos

4. La transición hacia la vida adulta.

Cuando los pacientes se van acercando a la adulta, en una época difícil para todos los niños como es la adolescencia, los pacientes crónicos deben pasar de la atención de un sistema pediátrico a un sistema de adultos. La transición no es un acto puntual administrativo. Es un proceso individualizado, progresivo y por etapas.

Debe iniciarse de forma temprana en la adolescencia (12-14 años). El foco debe ser el fomento de la autonomía y autogestión, con la enfermería pediátrica como figura de enlace para evitar el "vacío asistencial" al cumplir los 18 años, asegurando un traspaso coordinado a los equipos de adultos.

Los objetivos clave en esta fase son:

- Planificación progresiva: Evitar discontinuidades en el seguimiento y pérdida de adherencia al tratamiento durante el paso a la medicina de adultos
- Autonomía del adolescente: Fomentar el desarrollo madurativo y la capacidad de autocuidado del joven, respetando sus tiempos y necesidades
- Coordinación multidisciplinar: Involucrar a profesionales de enfermería como figuras clave y asegurar la interoperabilidad de la historia clínica para que no se pierda información vital en el cambio de nivel

Se deben crear programas de transición protocolizados, ya se ha demostrado que:

- Mejora la eficiencia de los recursos reduciendo el gasto sanitario

- Facilita el trabajo en equipo y mejora el bienestar en el entorno laboral
- Mayor adherencia al tratamiento y mejor adaptación en las etapas posteriores de la vida del paciente
- Mayor comprensión y entendimiento del paciente y de la familia
- Mejoría en la atención y en la seguridad del paciente

5. ¿Cuáles son las medidas que aporta el SNS?

El abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) inicia un periodo transformador bajo el Documento de Desarrollo 2025-2028 ("Estrategia para el abordaje de cronicidad del SNS (2025-2028)"). Este marco operativo reconoce que el modelo tradicional reactivo y fragmentado es insuficiente para los niños con complejidad médica, quienes presentan necesidades multisistémicas y una alta fragilidad. Situar la cronicidad pediátrica en el centro de la agenda estratégica es un imperativo de sostenibilidad ya que, aunque estos pacientes representan apenas el 1% de la población infantil, consumen hasta un tercio del gasto sanitario pediátrico total. El nuevo modelo busca revertir la "Ley de cuidados inversos", garantizando que la intensidad del cuidado se ajuste a la complejidad real y no a la capacidad de las familias, reduciendo activamente las brechas digitales y sociales.

La visión del SNS para 2028 se fundamenta en la proactividad, la longitudinalidad y la Atención Basada en el Valor, con los siguientes objetivos estratégicos aplicados a la infancia:

- Estratificación Avanzada: Implementación del GMA-SNS Pediátrico para identificar riesgos de forma prospectiva.
- Continuidad Asistencial Real: Interoperabilidad total de la Historia Clínica Electrónica Compartida y refuerzo de la gestión de casos.

-Potenciación de la Atención Domiciliaria: Redefinición del hogar (incluyendo entornos residenciales) como el centro terapéutico primordial para reducir el impacto vital y evitar reagudizaciones.

-Integración Sociosanitaria: Coordinación bajo un enfoque biopsicosocial que vincule salud, educación y servicios sociales.

Este cambio de paradigma exige una definición técnica rigurosa que permita identificar a estos pacientes para asignar recursos de manera equitativa.

Referencias bibliográficas

1. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SKM, Simon TD, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics* [Internet]. 2011;127(3):529–38.
2. Simon TD, Cawthon ML, Stanford S, Popalisky J, Lyons D, Woodcox P, et al. Pediatric medical complexity algorithm: a new method to stratify children by medical complexity. *Pediatrics* [Internet]. 2014;133(6):e1647-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-3875>
3. Cohen E, Berry JG, Camacho X, Anderson G, Wodchis W, Guttman A. Patterns and costs of health care use of children with medical complexity. *Pediatrics* [Internet]. 2012;130(6):e1463-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-0175>
4. Kuo D, Houtrow A. Recognition and Management of Medical Complexity. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20163021. doi: 10.1542/peds.2016-3021.
5. Rebeca G, Sara L, Nuria M, Pérez E. Alta a domicilio de niños con complejidad médica y necesidades paliativas. En: Manual básico de cuidados paliativos pediátricos. 2025. p. 155.
6. Ministerio de Sanidad (España). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Documento de desarrollo 2025-2028. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.

Desde la pediatría medioambiental. Medicina de las trayectorias en el niño hospitalizado. El mapa invisible de la enfermedad.

Dr. Juan Antonio Ortega García. Profesor de Pediatría. Universidad de Murcia. Responsable de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica (PEHSU). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Asesor de Medicina Ambiental HSJD. Barcelona

Manuscrito elaborado con la colaboración de la Dra. Ana Murillo Martínez, residente de Pediatría, Hospital General Universitario Dr Balmis, Alicante, durante su rotación en PEHSU-Murcia.

Cuando un niño ingresa en el hospital, la atención se concentra de forma legítima en lo inmediato: estabilizar, diagnosticar y tratar. La cama hospitalaria reúne signos, analíticas, imágenes, tratamientos y decisiones urgentes. Sin embargo, esa fotografía clínica es solo un punto de una película mucho más larga. La enfermedad no comienza en la puerta de urgencias. Antes de llegar al hospital ha recorrido una trayectoria biológica y vital formada por el desarrollo, la alimentación, el aire, la vivienda, la escuela, el barrio, los vínculos familiares, las exposiciones químicas y las oportunidades —o la ausencia de ellas— para proteger la salud.

Buena parte de ese recorrido permanece invisible en la historia clínica convencional. Registramos con precisión la temperatura, la saturación de oxígeno o la proteína C reactiva, pero con frecuencia desconocemos si el niño duerme en una habitación con humedad, respira humo de tabaco, vive junto a una vía de tráfico intenso, utiliza productos irritantes de forma cotidiana o pertenece a una familia que carece de recursos para reducir una exposición reconocida. Tampoco solemos integrar cómo esas circunstancias interactúan con la prematuridad, una enfermedad crónica, la inmunosupresión, la genética o un tratamiento de alta intensidad.

El entorno no es el decorado de la enfermedad: forma parte de su biología, de su pronóstico y, potencialmente, de su tratamiento.

La medicina de las trayectorias propone ampliar el campo visual. No sustituye a la medicina aguda, a la medicina de precisión ni a la excelencia técnica hospitalaria; las conecta con el tiempo y con el territorio. Su pregunta central no es únicamente «¿qué enfermedad tiene este niño?», sino también «¿cómo ha llegado hasta aquí, hacia dónde se dirige y en qué punto podemos cambiar el rumbo?». Esta mirada convierte la hospitalización en un nodo de una trayectoria y no en un episodio aislado.

En pediatría esta perspectiva es especialmente relevante. El crecimiento y la maduración crean periodos de gran plasticidad en los que las exposiciones pueden programar funciones cerebrales, inmunológicas, metabólicas, epiteliales y microbianas. Pero la plasticidad no significa destino irreversible. A lo largo de las primeras mil semanas —desde la concepción hasta la adolescencia— existen sucesivas ventanas de programación y también de redirección. La finalidad clínica no es reconstruir retrospectivamente todas las causas posibles, sino reconocer qué elementos del recorrido siguen siendo modificables y cuáles son relevantes para la situación actual.

La pediatría del futuro será, por tanto, una medicina del episodio y sobre todo de la trayectoria: capaz de resolver la crisis, pero también de reconocer la vulnerabilidad acumulada, anticipar el siguiente punto de inflexión y acompañar al niño de vuelta a su hogar con un plan que actúe sobre aquello que continúa enfermándolo. Este marco puede representarse como una secuencia que conecta el mapa invisible del entorno, las ventanas de vulnerabilidad y oportunidad, el ambioma y una arquitectura clínica orientada a leer, priorizar, intervenir, medir y reajustar la trayectoria del niño (Figura 1).

MEDICINA DE LAS TRAYECTORIAS

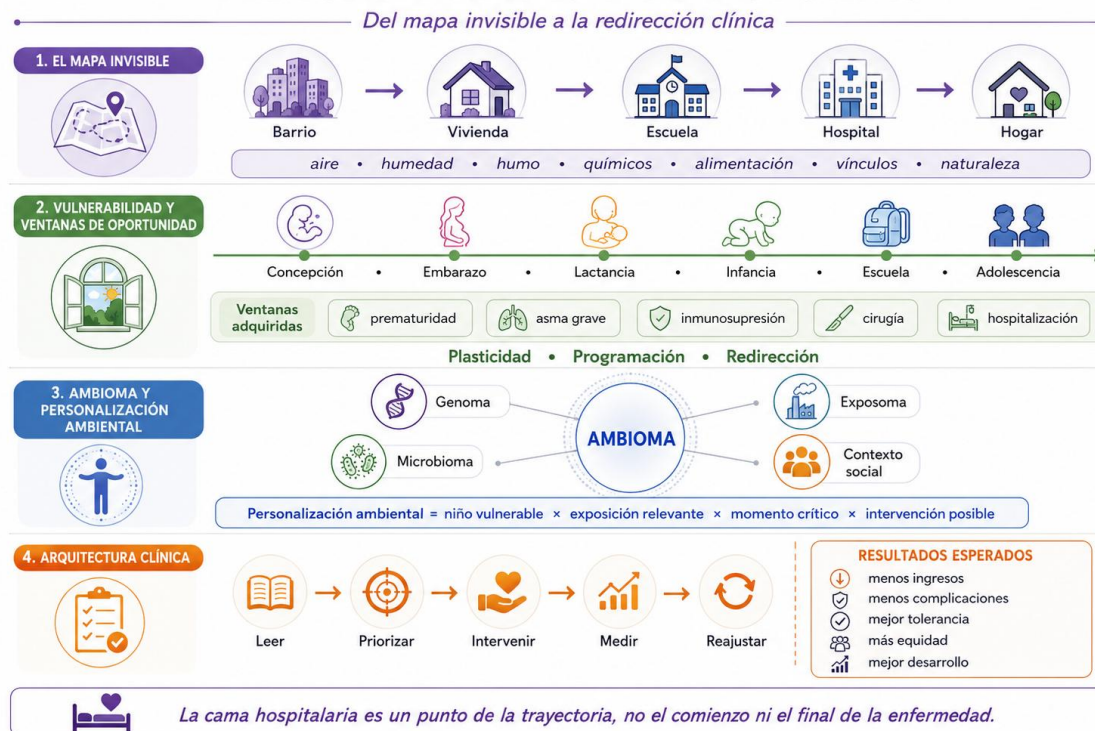


Figura 1. Medicina de las trayectorias: del mapa invisible a la redirección clínica. El modelo integra el territorio en el que vive el niño, las ventanas de vulnerabilidad propias del desarrollo y las adquiridas durante la enfermedad, el ambioma y la personalización ambiental. Su traducción clínica se organiza en cinco movimientos: leer, priorizar, intervenir, medir y reajustar. La cama hospitalaria se concibe como un nodo de la trayectoria, no como su comienzo ni como su final. *Elaboración propia del autor con asistencia de inteligencia artificial generativa para el diseño gráfico.*

1. DEL EPISODIO A LA TRAYECTORIA

La medicina episódica organiza la asistencia alrededor de diagnósticos y acontecimientos: una bronquiolitis, una exacerbación asmática, una infección grave, una toxicidad, una descompensación metabólica. Este enfoque es imprescindible, pero puede resultar incompleto cuando el mismo niño regresa una y otra vez o evoluciona de manera distinta a otros pacientes con un diagnóstico similar. La variabilidad clínica no depende solo del mecanismo molecular o de la intensidad del tratamiento. Depende también del contexto real en el que ese mecanismo se expresa.

La medicina de precisión ha permitido identificar fenotipos, endotipos, variantes genéticas y biomarcadores que explican parte de esa heterogeneidad. La medicina de las

trayectorias añade una dimensión complementaria: incorpora el tiempo, el lugar y las exposiciones que acompañan a cada niño. Dos pacientes con la misma enfermedad y una susceptibilidad biológica parecida pueden recorrer cursos diferentes si uno vive en un ambiente protector y el otro permanece sometido a contaminación atmosférica, humo, estrés ecosocial, mala calidad de vivienda o dificultades para seguir las recomendaciones clínicas.

Este cambio obliga a pasar de una causalidad lineal a una visión de sistemas. La pregunta « ¿qué exposición causa qué enfermedad? » sigue siendo útil para la investigación, pero la clínica necesita otra formulación: « ¿cómo interactúan, en este niño y en este momento, la biología, las exposiciones y

el contexto social para aumentar o reducir su vulnerabilidad? ». La enfermedad emerge de esa interacción dinámica, no de una suma mecánica de factores independientes. En el ámbito respiratorio, por ejemplo, la mala calidad del aire puede alterar la barrera epitelial, modular la inmunidad, interferir con la respuesta antiviral y contribuir a que las infecciones o las exacerbaciones sean más frecuentes o graves. El mismo razonamiento puede trasladarse a la inmunosupresión, la toxicidad terapéutica, el metabolismo o la recuperación funcional.¹

La trayectoria incluye ventanas de susceptibilidad propias del desarrollo, pero también ventanas adquiridas. El diagnóstico de una leucemia, un trasplante, una cirugía mayor, el inicio de un tratamiento inmunosupresor o una hospitalización prolongada crean periodos en los que la reserva biológica disminuye y exposiciones antes tolerables adquieren mayor relevancia clínica. En esos momentos, reducir humo, partículas, compuestos volátiles, humedad, plaguicidas o estrés familiar no constituye una recomendación genérica de vida saludable, sino una estrategia proporcional a la vulnerabilidad.

La hospitalización es una ventana de vulnerabilidad, pero también una ventana de oportunidad para redirigir la trayectoria.

Desde esta perspectiva, prevenir no significa únicamente evitar la aparición inicial de una enfermedad. También significa reducir daño evitable durante el tratamiento, mejorar la tolerancia, evitar complicaciones y proteger el desarrollo posterior. Es una prevención incorporada a la asistencia, especialmente valiosa cuando la intensificación farmacológica ha alcanzado sus límites o cuando las complicaciones dependen de múltiples determinantes.

2. EL AMBIOMA: HACER VISIBLE EL MAPA

El exposoma describe el conjunto de exposiciones que una persona experimenta a lo largo de la vida. El concepto de ambioma da un paso adicional: representa el sistema integrador que surge de la interacción dinámica entre el

genoma —incluida la biología de la enfermedad— y el exposoma a través del espacio y del tiempo. Esa interacción modula procesos epigenéticos, inmunológicos, inflamatorios, metabólicos, microbiológicos, psicosociales y socioecológicos que terminan condicionando la vulnerabilidad, la respuesta terapéutica y los resultados en salud.²

El ambioma no es, por tanto, una lista de tóxicos. Incluye también elementos protectores: calidad de los vínculos, acceso a naturaleza, alimentación, actividad física, ventilación adecuada, apoyo comunitario y capacidad familiar para transformar el entorno. Su valor clínico reside en ordenar ese conjunto heterogéneo y distinguir lo relevante de lo accesorio. El objetivo no es medirlo todo, sino identificar las interacciones que pueden explicar la evolución y abrir una posibilidad razonable de intervención.

3. PERSONALIZACIÓN AMBIENTAL: DEL MAPA A LA DECISIÓN

La personalización ambiental puede definirse como la adaptación de las intervenciones sobre el entorno a la vulnerabilidad biológica, la fase clínica, las exposiciones reales y la capacidad de acción de cada niño y su familia. Amplía la medicina personalizada: no solo busca el fármaco correcto para el paciente correcto, sino también la intervención ambiental correcta, en el momento correcto y con una intensidad proporcionada.

Personalización ambiental = niño vulnerable × exposición relevante × momento crítico × intervención posible.

Este enfoque evita dos errores frecuentes. El primero es la recomendación universal e inespecífica: largas listas de consejos que no distinguen prioridades y que pueden aumentar la carga de las familias. El segundo es la sofisticación tecnológica sin traducción clínica: medir contaminantes, biomarcadores o variables territoriales sin que los datos modifiquen una decisión. La personalización ambiental exige que cada dato tenga una finalidad asistencial y que

cada intervención sea factible, segura y evaluable.

Una arquitectura clínica sencilla puede organizarse en cinco movimientos: leer, priorizar, intervenir, medir y reajustar. Leer significa incorporar una historia ambiental estructurada y entender dónde vive, estudia, duerme y se recupera el niño. Priorizar consiste en cruzar la magnitud de la exposición con la vulnerabilidad y la posibilidad real de reducirla. Intervenir implica acordar pocas acciones de alto rendimiento, no transformar toda la vida familiar de una sola vez. Medir supone comprobar si la exposición o el riesgo han cambiado y si aparecen señales clínicas relevantes. Acompañar y reajustar permite adaptar el plan a las fases de la enfermedad, al tratamiento y a la evolución del contexto.

El proyecto de plataforma clínica ambiómica desarrollado para pacientes con leucemia ilustra esta lógica. La intervención se activa desde el diagnóstico —«Día 0»—, idealmente durante las primeras 72 horas, y comienza con una evaluación estructurada de la calidad del aire interior y exterior, humo de tabaco, exposiciones químicas prioritarias, ambiente biológico, estilo de vida, contexto psicosocial y condiciones socioecológicas. Se seleccionan después dos o tres medidas iniciales, de bajo riesgo y factibles, que pueden reajustarse cuando se dispone de información clínica, citogenética o molecular adicional. El objetivo de la fase piloto es evaluar factibilidad, aceptabilidad y seguridad antes de estimar el impacto clínico en una expansión multicéntrica.³

Este ejemplo permite subrayar un principio general: la tecnología debe estar subordinada a la decisión. Sensores de partículas, mediciones de dióxido de carbono, pulseras pasivas, biomarcadores o sistemas de información geográfica pueden ser útiles cuando caracterizan una ventana de exposición relevante y permiten elegir o verificar una intervención. No deben convertirse en una acumulación de datos sin propósito. La monitorización ambiental es clínicamente valiosa cuando responde a una

pregunta concreta: qué exposición importa, cuándo importa, para quién y qué podemos hacer con esa información.

La diferencia entre medir variables y acompañar trayectorias puede visualizarse mediante una ucronía clínica. El siguiente escenario no describe una tecnología actualmente incorporada a la asistencia ordinaria, sino una posibilidad deliberadamente prospectiva: un hogar capaz de detectar señales clínicas y ambientales débiles, conectarlas en el tiempo y activar una respuesta sanitaria antes de que la desviación de la trayectoria desemboque en una emergencia. Esta ucronía no propone convertir la vivienda en una unidad de cuidados intensivos ni sustituir el juicio clínico por algoritmos. Muestra que el valor de los sensores no reside en la cantidad de datos que producen, sino en su capacidad para reconocer cambios respecto a la trayectoria basal, integrar señales que permanecían fragmentadas y desencadenar una intervención humana proporcionada. El hogar se convierte así en una interfaz de anticipación, no en un espacio de vigilancia permanente.

En la práctica hospitalaria, la personalización ambiental puede comenzar con recursos modestos. Un conjunto breve de preguntas puede detectar humo, combustión, humedad, mala ventilación, productos irritantes, exposición ocupacional trasladada al hogar, barreras sociales o falta de contacto con ambientes protectores. La respuesta no siempre será un dispositivo. Puede ser una intervención sobre la fuente, un cambio de rutina, una coordinación con atención primaria, enfermería o trabajo social, una prescripción ambiental escrita o la derivación a una Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica.

La cetoacidosis que no llegó a ocurrir

Año 2038. Lucía tiene nueve años. Durante varios días comienza a beber más agua, se levanta por la noche para orinar, duerme peor y se muestra cansada en el colegio. Su familia atribuye los cambios al calor y al final del curso. Ninguno de los síntomas, considerado de forma aislada, parece justificar una consulta urgente.

Con el consentimiento de la familia, algunos dispositivos domésticos generan indicadores mínimos de salud. La báscula detecta una pérdida de peso rápida; el contador de agua registra un aumento sostenido del consumo nocturno; una pulsera muestra mayor frecuencia cardíaca en reposo, interrupciones del sueño y menor actividad; y un sensor sanitario integrado en el baño identifica glucosuria y la aparición incipiente de cetonas. Los sensores ambientales registran, además, varios días de temperatura elevada y baja humedad, condiciones que pueden favorecer la deshidratación, aunque no explican ni diagnostican la enfermedad.

Ningún dato activa por sí solo una alarma. Lo relevante es su **convergencia temporal**. El sistema reconoce una desviación respecto a la trayectoria habitual de la niña y emite un aviso comprensible:

Cambio de trayectoria metabólica. Se recomienda valoración clínica en las próximas horas.

Una enfermera de enlace contacta con la familia. En el centro de salud se realizan una glucemia capilar y una determinación de cetonemia. Lucía es derivada ese mismo día a Endocrinología Pediátrica, donde se confirma una diabetes tipo 1 antes de que aparezcan acidosis, vómitos, respiración de Kussmaul, deshidratación grave o deterioro neurológico. La insulino terapia y la educación diabetológica comienzan sin necesidad de un ingreso en cuidados intensivos.

En la trayectoria alternativa, cada señal habría permanecido separada: la sed se habría atribuido al calor; la poliuria, al aumento de la ingesta; el cansancio, al curso escolar; la pérdida de peso, al crecimiento; y las náuseas iniciales, a una gastroenteritis. El diagnóstico habría llegado dos días más tarde, en una cama hospitalaria, cuando una alteración metabólica detectable ya se hubiera convertido en cetoacidosis.

La cetoacidosis diabética no es un fracaso del niño ni de su familia, y no todos los episodios son evitables. Pero cuando existían señales reconocibles y el sistema no logró conectarlas, puede considerarse un **evento centinela de una oportunidad perdida de anticipación**.

La excelencia clínica no consiste únicamente en tratar correctamente la cetoacidosis. Consiste también en preguntarnos cuántos niños podrían no necesitar atravesarla.

4. DEL BARRIO A LA CAMA, Y DE LA CAMA AL BARRIO

El hospital suele recibir las consecuencias finales de procesos que se producen fuera de sus paredes. Sin embargo, posee una posición privilegiada para hacer visible la trayectoria. Durante el ingreso se concentran información, motivación familiar, capacidad diagnóstica y equipos multidisciplinares. Ese momento puede emplearse para reconstruir el mapa de exposiciones, identificar una ventana de redirección y preparar un alta que no se limite a prescripciones farmacológicas.

La continuidad asistencial es esencial. El pediatra hospitalario no puede modificar por sí solo el barrio, la vivienda o las desigualdades, pero sí puede reconocer su relevancia, documentarlas y activar una red. El hospital debe

actuar como nodo de conocimiento y soporte para atención primaria, salud pública, servicios comunitarios, centros educativos y unidades especializadas. Los modelos ambiómicos no desplazan la asistencia al territorio para restar importancia al hospital; conectan ambos espacios porque la exposición ocurre principalmente en el hogar, la escuela y el barrio, mientras que la alta complejidad y las ventanas de máxima vulnerabilidad suelen concentrarse en el hospital.¹

La prescripción ambiental constituye una herramienta de enlace. Debe ser breve, priorizada y verificable. Puede incluir la eliminación completa del humo de tabaco, control de una fuente de combustión, ventilación adaptada a la calidad del aire exterior, reducción de productos químicos no esenciales, manejo de humedad y moho, protección durante episodios de contaminación, mejora del dormitorio o

activación de apoyos sociales. Su intensidad debe corresponder al riesgo clínico: no necesita la misma intervención un niño sano con exposición ocasional que un prematuro, un paciente con asma grave o un niño inmunodeprimido.

Esta visión puede traducirse en una arquitectura asistencial que acompañe al niño desde el momento del ingreso hasta la reevaluación posterior al alta. No se trata de añadir una consulta ambiental completa a cada hospitalización, sino de incorporar preguntas y decisiones proporcionadas en los momentos en que pueden modificar la trayectoria. La tabla 1 resume esta secuencia clínica.

La aplicación de esta arquitectura de la tabla 1 dependerá de la gravedad, la recurrencia y la vulnerabilidad del paciente. En muchos ingresos bastará con un cribado breve y una recomendación priorizada; en otros será necesario ampliar la historia ambiental, realizar

una visita domiciliaria o activar una red especializada. El criterio no es la cantidad de información recogida, sino la capacidad de convertirla en una decisión clínicamente relevante, factible y verificable. La equidad es una condición central. Pedir a una familia que cambie de vivienda, abandone un trabajo o compre tecnología costosa puede ser inviable y culpabilizador. La personalización ambiental no consiste en trasladar la responsabilidad de la contaminación a quien la padece. Debe reconocer la capacidad de acción real, priorizar medidas accesibles y señalar cuándo el problema exige respuestas institucionales o políticas. Cuanto menor es la capacidad individual para escapar de una exposición, mayor debe ser la responsabilidad del sistema sanitario y de la comunidad para proteger.

Tabla 1. Del ingreso al alta: arquitectura clínica de la medicina de las trayectorias

Momento asistencial	Pregunta sobre la trayectoria	Qué debemos leer	Decisión clínica y ambiental	Verificación y continuidad
1. Ingreso: leer y reconstruir	¿Cómo ha llegado este niño hasta aquí y por qué ahora?	Episodio actual y anteriores; velocidad del deterioro; prematuridad, enfermedad crónica, inmunosupresión o tratamiento; relación de los síntomas con el hogar, la escuela, el barrio, los hábitos o los cuidadores.	Construir una línea temporal breve que conecte vulnerabilidad, exposiciones, síntomas, consultas e ingresos. Distinguir un episodio aislado de una recurrencia o un punto de inflexión.	Situación basal; días con síntomas; medicación de rescate; urgencias, ingresos y pérdida funcional previos.
2. Hospitalización: hacer visible el ambioma y priorizar	¿Qué está iniciando, manteniendo o agravando el problema y qué podemos modificar ahora?	Humo y combustión; humedad y moho; ventilación; contaminación exterior; animales y bioaerosoles; productos químicos; exposiciones laborales trasladadas al hogar; alimentación, sueño, actividad, vínculos, estrés y barreras sociales. Interacción con el diagnóstico, la reserva biológica y el tratamiento.	Realizar un cribado ambiental y social proporcionado. Seleccionar dos o tres factores prioritarios según relevancia, factibilidad y equidad. Actuar primero sobre la fuente; usar sensores, biomarcadores o dispositivos solo cuando puedan cambiar una decisión.	Cambio de la exposición; respuesta clínica durante el ingreso o los permisos; factibilidad, adherencia y carga familiar. Ampliar la evaluación o derivar a una PEHSU en casos complejos.
3. Alta: prescribir el entorno y conectar la red	¿A qué ambiente regresa el niño y puede ese ambiente reproducir el camino hacia el hospital?	Lugar donde duerme y se recupera; exposiciones persistentes; capacidad familiar; comprensión del plan; recursos disponibles; riesgos escolares o comunitarios; señales tempranas de descompensación.	Incorporar al alta una prescripción ambiental personalizada : prioridad, medida acordada, responsable, plazo e indicador. Coordinar hospital, Atención Primaria, enfermería, trabajo social, escuela, salud pública o PEHSU según necesidad.	Medidas iniciadas antes del regreso; comprensión familiar; barreras pendientes; profesional y fecha de seguimiento definidos.
4. Seguimiento: medir y reajustar	¿Se ha redirigido la trayectoria o solo se ha retrasado el siguiente episodio?	Evolución de síntomas, función, sueño, actividad, escolarización y calidad de vida; exposición residual; nuevas ventanas de vulnerabilidad; cambios en la vivienda, la escuela o el tratamiento.	Verificar la intervención, reforzarla, simplificarla o sustituirla. Mantener lo eficaz y retirar lo innecesario. Escalar la respuesta cuando el riesgo sea estructural o exceda la capacidad de la familia.	Tiempo hasta una nueva crisis; rescates, corticoides, urgencias, reingresos y días hospitalizados; función, calidad de vida, exposición y desigualdades persistentes.

También es necesario mantener rigor respecto a la evidencia. Algunas intervenciones, como eliminar el humo de tabaco o controlar fuentes de contaminación interior, tienen una justificación sólida. Otras son prometedoras y requieren evaluación. Las experiencias preliminares de implementación ambiómica muestran que es posible identificar riesgos, implicar a las familias y aplicar medidas personalizadas; no deben confundirse, sin embargo, las mejoras de exposición o la factibilidad con la demostración definitiva de beneficio clínico. El desarrollo responsable exige diseños prospectivos, indicadores de adherencia y seguridad, resultados clínicos definidos y análisis de coste, escalabilidad e impacto sobre desigualdades.^{2 3}

La medicina de las trayectorias no pretende ambientalizar cualquier síntoma ni convertir cada ingreso en una investigación exhaustiva. Propone algo más práctico: reconocer que la biología del niño está en diálogo continuo con su ambiente y que ese diálogo puede intensificar o amortiguar la vulnerabilidad. Incorporar esa información a la clínica permite comprender mejor la variabilidad, anticipar crisis y ampliar el repertorio preventivo sin sustituir los tratamientos convencionales.

La cama del hospital no es el lugar donde comienza la enfermedad ni donde termina nuestra capacidad de modificarla.

El cambio de paradigma consiste en pasar de una medicina que observa resultados a otra que acompaña trayectorias. La primera pregunta seguirá siendo cómo tratar el episodio actual. La segunda, inseparable, será qué debemos cambiar para que el niño no vuelva por el mismo camino. Cuando el barrio, el hogar, la biología y la cama del hospital forman parte de un único mapa clínico, la pediatría puede dejar de actuar únicamente al final de la cadena y comenzar a intervenir aguas arriba.

En último término, la medicina de las trayectorias recupera una aspiración esencial de la pediatría: proteger el desarrollo. No se conforma con sobrevivir a la crisis, controlar el síntoma o completar el tratamiento. Busca conservar capacidad funcional, resiliencia, calidad de vida y oportunidades futuras. La pediatría del futuro no será solo la medicina de las enfermedades; será la medicina de las trayectorias que todavía estamos a tiempo de cambiar.

Referencias bibliográficas esenciales

1. Ortega García JA, Claudio L, Campillo i López F. Hacia una pediatría del aire: salud respiratoria infantil y medicina ambiómica (2030-2050). *Pediatr Integral*. 2026;30:79.e1-79.e15. doi:10.63149/j.pedint.115.
2. Ortega-García JA, Shakeel O, Wood NM, Pérez-Martínez A, Fuster-Soler JL, Miller MD. Beyond Precision: Ambiomorphic Survivorship in Childhood and AYA Cancer. *Cancers* (Basel). 2025;18(1):7. doi:10.3390/cancers18010007.
3. Claudio L, Ortega-García. Children. In: Barry S Levy, Social Injustice and Public Health (4th edn) Oxford University Press, London, 2026 [doi: 10.1093/oso/9780197803714.003.0005](https://doi.org/10.1093/oso/9780197803714.003.0005)
4. Ortega-García JA. Unraveling the exposome: towards a model of planetary health. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2025;102:503695. doi:10.1016/j.anpede.2024.503695.
5. Cárceles-Álvarez A, Ortega-García JA, López-Hernández FA, et al. Secondhand smoke: A new and modifiable prognostic factor in childhood acute lymphoblastic leukemias. *Environ Res*. 2019;178:108689.
6. Ortega-García JA, Tarbal-Roquer A, Díaz-Martínez F, Codina-Sampera E, Orenes-Piñero E. Partial symptom remission in occupational pesticide-related parkinsonism: a case report. *J Med Case Rep*. In press.

EJEMPLO CLÍNICO 1**Aplasia medular grave: cuando el aire de la vivienda entra en el razonamiento clínico**

Un escolar de 12 años, previamente sano, comenzó con cansancio, cefalea y menor actividad. La cefalea aparecía sobre todo dentro de casa y mejoraba al salir. Días después presentó fiebre, petequias, palidez y hematomas. La analítica mostró pancitopenia grave y la biopsia de médula ósea, una hipocelularidad intensa compatible con aplasia medular muy grave. El ingreso resolvió la urgencia hematológica, pero no explicaba todavía la trayectoria que había conducido hasta ella.

El dato que cambió el mapa

La historia clínica ambiental reveló que, aproximadamente dos semanas antes del inicio de los síntomas, el salón y la zona de estudio se habían pintado con varias capas de una pintura plástica de exterior. Era invierno, la ventilación había sido escasa y el niño permanecía muchas horas en esa estancia. La medición posterior detectó formaldehído y compuestos orgánicos volátiles totales en concentraciones elevadas para un espacio interior. La cronología, la localización de la cefalea y la intensidad de la exposición hicieron clínicamente relevante una fuente que no aparecía en la historia convencional. El estudio etiológico descartó infecciones frecuentes y síndromes hereditarios conocidos; el metamisol había sido administrado cuando el cuadro ya estaba establecido.

Lectura desde la medicina de las trayectorias

Este caso no permite atribuir de forma concluyente la aplasia a una sustancia concreta. Sí muestra algo clínicamente decisivo: una exposición doméstica intensa, temporalmente coherente y medible puede formar parte de la explicación y, sobre todo, del plan terapéutico. La personalización ambiental no compite con el diagnóstico hematológico; lo amplía. Tras una aplasia y un trasplante, volver al mismo ambiente sin evaluarlo habría significado ignorar una vulnerabilidad modificable. Tratar al niño exigía

también hacer más seguro el lugar al que regresaría.

Trayectoria	Exposición intensa en un espacio cerrado → síntomas inespecíficos ligados al domicilio → pancitopenia → aplasia medular.
Ventana vulnerable	Daño hematopoyético agudo y posterior preparación para tratamiento inmunosupresor y trasplante.
Intervención ambiental	Retirada de la fuente, ventilación y saneamiento del domicilio, eliminación completa del humo de tabaco y reducción de productos con disolventes.
Resultado clínico	Tratamiento inmunosupresor y posterior trasplante haploidéntico, con evolución favorable; el ambiente se incorporó al plan de protección del paciente.

EJEMPLO CLÍNICO 2**Asma grave y múltiples ingresos: cuando el tratamiento del ambiente cambia la trayectoria.**

Una niña de 10 años con antecedente de prematuridad, obesidad, alteraciones estructurales de la vía aérea y asma grave permanecía mal controlada pese a tratamiento inhalado de máxima intensidad y varios fármacos biológicos. Necesitaba broncodilatador a diario, ciclos repetidos de corticoides sistémicos y múltiples ingresos. Las pruebas funcionales confirmaban una obstrucción importante y reversible, pero el estudio alérgico convencional no identificaba una sensibilización capaz de explicar por sí sola la persistencia del cuadro. La pregunta dejó de ser únicamente qué nuevo fármaco añadir y pasó a ser qué seguía respirando la paciente entre un ingreso y el siguiente.

La visita domiciliaria

La evaluación del hogar mostró una vivienda antigua con humedades extensas y crecimiento visible de hongos en las habitaciones donde dormía la niña, ventilación insuficiente y daños estructurales persistentes. En un garaje comunicado con la vivienda había numerosas jaulas con aves, abundantes plumas y excrementos. En ese mismo espacio se fundía ocasionalmente plomo para fabricar aparejos de pesca, sin extracción localizada. También se almacenaban insecticidas y productos contra ácaros. La madre fumaba, aunque refería hacerlo fuera; en distintos ingresos se habían detectado concentraciones urinarias de cotinina compatibles con exposición.

De los ingresos recurrentes a la redirección

La potencia del caso reside en la acumulación. Cada exposición aislada podía parecer insuficiente, pero su coexistencia sobre una niña prematura, con vía aérea vulnerable y enfermedad respiratoria grave configuraba un ambiente de alto riesgo. La intervención debía ser proporcional y verificable: no una lista genérica de consejos, sino un plan ordenado por impacto y factibilidad. La evolución posterior a la corrección ambiental debe documentarse con prudencia, porque no sustituye a un ensayo causal; sin embargo, la disminución de crisis e ingresos tras controlar las fuentes ofrece una señal clínica de gran valor. El ambiente dejó de considerarse un telón de fondo y pasó a tratarse como una parte modificable de la enfermedad.

Ambos ejemplos representan el mismo cambio de paradigma. En la aplasia, la historia ambiental ayudó a reconstruir una posible vía de daño y a proteger una fase de extrema vulnerabilidad. En el asma grave, permitió descubrir por qué la trayectoria seguía empeorando pese a una escalada farmacológica correcta. La cama hospitalaria fue el punto de observación; la intervención decisiva tuvo que viajar de nuevo hasta la vivienda.

Problema clínico	Exacerbaciones repetidas y dependencia de corticoides pese a tratamiento farmacológico de alta intensidad.
Mapa ambiómico	Humedad y hongos, bioaerosoles de aves, humo de tabaco, insecticidas y una actividad doméstica con plomo en un espacio poco ventilado.
Prioridades	Saneamiento integral de humedades; separación o retirada de aves según evaluación; cese tabáquico completo; eliminación de la fundición de plomo y reducción de biocidas.
Indicadores	Síntomas y rescates, ciclos de corticoides, función pulmonar, ingresos, cotinina y verificación de las condiciones del domicilio.

EJEMPLO CLÍNICO 3.

Del caso individual al programa: primeros resultados

El programa «Guardianes de la Salud Planetaria» trasladó esta lógica a una intervención domiciliaria y comunitaria en siete pacientes oncológicos de alto riesgo durante el tratamiento activo. Combinó educación ambiómica personalizada con purificación continua del aire mediante filtración HEPA y fotocatalisis. La implementación fue factible, la adherencia familiar fue elevada y no se registraron efectos adversos atribuibles a las modificaciones ambientales.

Resultado	Atención estándar (n=30)	Intervención (n=7)	p
Ingresos totales por paciente, mediana	4,0	2,0	0,049
Ingresos no programados por paciente, mediana	3,0	1,0	0,059
Estancia asociada a ingresos no programados, mediana	15 días	2 días	0,016
Infecciones microbiológicamente confirmadas	74,5 %	33,3 %	0,006
Ingresos por patógenos respiratorios	45,1 %	8,3 %	0,014

Tabla 2: resultados preliminares de un piloto con siete pacientes, comparador histórico y seguimiento variable. Deben interpretarse como prueba de concepto y confirmarse en estudios prospectivos multicéntricos.

EJEMPLO TRANSVERSAL 4

Parkinsonismo y pesticidas: retirar la fuente para redirigir la trayectoria

Un trabajador hortícola de poco con casi 50 años consultó por temblor, bradicinesia, rigidez, hipomimia y disminución del braceo izquierdos. Inicialmente valorado en neurología y genética fué remitido a PEHSU. Acumulaba más de tres décadas de trabajo desde final de la adolescencia en invernaderos y explotaciones florales, con exposición repetida a insecticidas, fungicidas y herbicidas, entre ellos rotenona, organofosforados, carbamatos, piretrinas, triazoles, mancozeb y fipronil. Al no disponer de biomonitorización ni mediciones laborales históricas, la exposición se reconstruyó mediante una historia ocupacional detallada, las tareas y los productos utilizados.

La señal estaba en el calendario laboral

El paciente refería una fluctuación coherente con la exposición: los síntomas empeoraban durante los días de trabajo y mejoraban parcialmente los fines de semana y las vacaciones. La resonancia cerebral fue normal, mientras que el DaTscan mostró déficit dopaminérgico presináptico bilateral. El estudio genético no identificó variantes patogénicas ni alteraciones del número de copias en los principales genes asociados a enfermedad de Parkinson; su gemelo dicigótico, sin exposición ocupacional a pesticidas, permanecía asintomático. Se inició tratamiento con rasagilina y rotigotina antes de la intervención ambiental.

Trayectoria	Más de 30 años de exposición ocupacional → síntomas motores progresivos y lateralizados → diagnóstico de enfermedad de Parkinson.
Señal ambiental	Variación de los síntomas según el calendario laboral, con mejoría parcial durante fines de semana y vacaciones.
Intervención	Reasignación a tareas sin exposición a pesticidas, manteniendo el tratamiento neurológico convencional.
Resultado	Mejoría subjetiva aproximada del 85 % y descenso del MDS-UPDRS III de 16 a 8 puntos a los tres meses; estabilidad clínica posterior.
Interpretación	Modulación sintomática temporalmente asociada a la retirada de la exposición, no reversión de la enfermedad ni demostración causal.

Lectura desde la medicina de las trayectorias

La mejoría no puede atribuirse exclusivamente a la retirada de la exposición: el

ajuste dopaminérgico previo constituye un factor de confusión y un caso individual no demuestra causalidad. Su valor es mostrar que una exposición mantenida puede contribuir a la carga sintomática y que actuar sobre ella complementa el tratamiento. Aunque procede de la medicina del adulto, la lección es pediátrica: las trayectorias se construyen durante décadas; prevenir neurotóxicos y reconocer exposiciones familiares debe comenzar pronto. El diagnóstico no cierra la prevención: la redirige hacia reducir carga y proteger función.⁶

Flash talk. Impacto de la vacuna 15-valente en la enfermedad neumocócica invasiva pediátrica.

Dra. Mariona Fernández de Sevilla Estrach. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Resumen

La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) continúa siendo una de las principales causas de infección bacteriana grave en la edad pediátrica, a pesar de los importantes avances logrados mediante la introducción de las vacunas antineumocócicas conjugadas. Durante las dos últimas décadas, la epidemiología de la infección por *Streptococcus pneumoniae* ha experimentado cambios profundos como consecuencia de la presión selectiva ejercida por la vacunación, dando lugar a una reducción muy significativa de la enfermedad causada por los serotipos vacunales inicialmente predominantes, pero también a la emergencia y expansión de nuevos serotipos no incluidos en las vacunas disponibles.

Cataluña constituye un escenario especialmente interesante para analizar estos fenómenos debido a la existencia de sistemas de vigilancia clínica, epidemiológica y microbiológica mantenidos de forma continuada durante más de veinte años. En este contexto, el Grupo Barcino, integrado por pediatras, microbiólogos y epidemiólogos de diferentes instituciones catalanas, ha desarrollado una vigilancia prospectiva de la ENI pediátrica que ha permitido monitorizar de manera precisa la evolución de la enfermedad durante las sucesivas etapas de introducción de las vacunas conjugadas PCV7, PCV13 y, más recientemente, PCV15.

La experiencia acumulada demuestra que la introducción de la vacuna PCV7 produjo una disminución muy importante de la enfermedad causada por los serotipos incluidos en dicha vacuna. Sin embargo, en Cataluña este beneficio fue parcialmente compensado por un marcado fenómeno de reemplazo de serotipos, con

incremento de la incidencia asociada a serotipos emergentes como el 1, el 3 y el 19A. Posteriormente, la disponibilidad de la PCV13 permitió reducir de manera muy significativa la carga global de enfermedad y controlar buena parte del problema generado por los serotipos 1 y 19A. No obstante, el serotipo 3 mantuvo un comportamiento diferencial respecto al resto de serotipos vacunales, convirtiéndose progresivamente en la principal causa de ENI pediátrica en nuestro entorno.

La persistencia del serotipo 3 representó uno de los mayores retos para la prevención de la enfermedad neumocócica durante la última década. Diversos estudios realizados en Cataluña mostraron que una proporción relevante de los casos aparecían en niños correctamente vacunados con PCV13, lo que planteó interrogantes sobre la capacidad protectora de esta vacuna frente a dicho serotipo. Paralelamente, se observó un incremento de formas clínicas graves, especialmente neumonías complicadas, empiemas y neumonías necrotizantes, muchas de ellas asociadas precisamente al serotipo 3.

En octubre de 2023, Cataluña incorporó la vacuna conjugada 15-valente (PCV15) al calendario sistemático infantil. Esta vacuna incluye los mismos serotipos presentes en la PCV13 y añade protección frente a los serotipos 22F y 33F. Además, los estudios de inmunogenicidad sugirieron una potencial mejora de la respuesta inmunitaria frente al serotipo 3, uno de los aspectos que más interés despertó en el momento de su implementación.

Los resultados preliminares obtenidos durante los primeros años tras la introducción de la PCV15 muestran hallazgos de gran interés. Durante el primer año de utilización se observó una disminución relevante de la incidencia global de ENI, acompañada de un descenso específico de la enfermedad causada por el serotipo 3. Aunque durante el segundo año la incidencia global volvió a incrementarse, la carga de enfermedad atribuible al serotipo 3 se mantuvo

por debajo de la observada durante la etapa previa dominada por la PCV13. Estos datos, aunque todavía preliminares, apuntan hacia un posible impacto favorable de la nueva vacuna sobre uno de los serotipos históricamente más difíciles de controlar.

Sin embargo, la vigilancia epidemiológica también ha identificado fenómenos emergentes que requieren una evaluación cuidadosa. En los últimos meses se ha detectado un aumento de casos producidos por los serotipos 14 y 19F en niños correctamente vacunados. Este hallazgo resulta especialmente llamativo porque ambos serotipos forman parte de todas las vacunas conjugadas comercializadas desde la introducción de la PCV7. Aunque todavía es pronto para determinar la magnitud y trascendencia epidemiológica de este fenómeno, su aparición pone de manifiesto la extraordinaria capacidad adaptativa del neumococo y la necesidad de mantener sistemas de vigilancia que permitan detectar precozmente cambios en los patrones de circulación de los serotipos.

La historia reciente de la enfermedad neumocócica en Cataluña ilustra cómo la vacunación modifica profundamente la ecología bacteriana. La reducción de determinados serotipos genera oportunidades para la expansión de otros, fenómeno conocido como reemplazo de serotipos, que constituye uno de los principales desafíos para las estrategias vacunales actuales. La existencia de más de un centenar de serotipos y una elevada diversidad clonal obliga a interpretar la efectividad de las vacunas en un contexto dinámico, donde los cambios epidemiológicos pueden producirse en periodos relativamente cortos.

La experiencia catalana demuestra asimismo que la evaluación de las vacunas no debe limitarse únicamente a los estudios de inmunogenicidad o a los ensayos clínicos previos a su autorización. La vigilancia poblacional continuada es imprescindible para conocer el impacto real de los programas de inmunización, identificar posibles fallos vacunales, monitorizar

la aparición de serotipos emergentes y orientar la toma de decisiones por parte de las autoridades sanitarias. La información generada por redes colaborativas como el Grupo Barcino resulta especialmente valiosa para adaptar las estrategias preventivas a la realidad epidemiológica local.

En conclusión, la enfermedad neumocócica invasiva continúa representando un problema relevante de salud pública en la edad pediátrica. Los primeros datos disponibles tras la introducción de la PCV15 en Cataluña sugieren una reducción de la enfermedad causada por el serotipo 3, uno de los principales objetivos perseguidos con este cambio vacunal. No obstante, la aparición de nuevas tendencias epidemiológicas, incluyendo el incremento de otros serotipos vacunales, subraya la necesidad de mantener una vigilancia activa y continuada. El conocimiento detallado de la evolución de los serotipos circulantes seguirá siendo esencial para optimizar las estrategias de vacunación y maximizar la protección de la población infantil en los próximos años.

CONFERENCIA ESPECIAL: El reto del Síndrome Hemolítico Urémico. Clínica, seguridad e innovación

Dra. Claudia González. Comité Medicina Interna. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y Sociedad Iberoamericana de Pediatría Hospitalaria (SIAPH).

Introducción

El síndrome urémico hemolítico (SUH) típico asociado a *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), constituye la principal causa de insuficiencia renal aguda en pediatría y una de las enfermedades infecciosas de mayor relevancia en Argentina, país que registra la tasa de incidencia más alta del mundo en niños menores de cinco años. Desde la primera descripción integral realizada por el Dr. Gianantonio y colaboradores en 1964 el conocimiento sobre esta entidad ha avanzado de manera considerable, aunque continúa representando un desafío clínico y organizacional significativo para los equipos de salud.

Fisiopatología

El SUH es una microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y compromiso renal agudo. La infección se inicia tras la ingestión de alimentos o agua contaminados, o por transmisión persona a persona. El principal reservorio es el ganado bovino, y en Argentina se han identificado altos niveles de contaminación por STEC en carnes y sus derivados. La baja dosis infectiva favorece la diseminación comunitaria y familiar, con mayor incidencia en regiones ganaderas y durante los meses cálidos.

La patogenia involucra la colonización intestinal por STEC, lesión de la mucosa colónica y liberación sistémica de toxina Shiga (Stx). Esta se une al receptor Gb3 expresado en células endoteliales, especialmente renales, desencadenando edema endotelial, activación plaquetaria y formación de trombos intravasculares. Paralelamente, se activa una

intensa respuesta inflamatoria mediada por leucocitos, citocinas y radicales libres que amplifica el daño endotelial. La leucocitosis se asocia a formas graves y oligoanúricas, constituyéndose en un marcador de pronóstico desfavorable.

Es la segunda causa de Enfermedad Renal Crónica en Pediatría en Argentina (en este momento compartido con la Esclerosis focal y segmentaria en nuestra casuística hospitalaria) Son el 13% de los trasplantados renales pediátricos (históricamente más del 20%)

Presentación clínica y diagnóstico

El cuadro evoluciona desde diarrea acuosa o sanguinolenta hacia la tríada clásica del SUH (diarrea, oligoanuria y anemia), con un período de incubación de 2 a 10 días. Entre el 10 y el 15% de las infecciones por STEC progresan a SUH. Los pacientes presentan típicamente: palidez intensa, decaimiento, vómitos y signos de anemia aguda. Pueden observarse además formas atípicas con abdomen agudo, invaginación intestinal, megacolon tóxico, convulsiones o shock séptico.

El compromiso renal está presente en prácticamente todos los casos e incluye hematuria, proteinuria, oliguria o anuria, elevación de urea y creatinina, acidosis metabólica e hiperkalemia. Las manifestaciones neurológicas, pueden comprender desde irritabilidad, convulsiones, alteraciones de conciencia y, en casos graves, coma o hemiparesias. Ocurren en aproximadamente un tercio de los pacientes y constituyen la principal causa de mortalidad.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la confirmación de la microangiopatía trombótica mediante laboratorio (hemograma con frotis, recuento plaquetario, función renal, ionograma y análisis de orina). La búsqueda etiológica incluye coprocultivo, detección de toxina Shiga y PCR multiplex para STEC en materia fecal.

1-Coprocultivo (técnicas de aislamiento bacteriano): es la técnica Gold standard, pero el porcentaje de rescate es bajo.

2. EIA (inmunoensayo enzimático) para detección de shigatoxina (STX) libre en materia fecal, o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección de genes de la STX (recolección de materia fecal en fresco, o hisopado rectal).

3. Detección en sangre de anticuerpos IgM e IgG anti lipopolisacárido (LPS) de STEC por técnica de Glyco-Elisa. Actualmente, se encuentran disponibles también tiras reactivas para IgM anti LPS.

SUH atípico

Se presenta a cualquier edad, es recidivante se produce debido a causas genéticas o adquiridas en forma de autoanticuerpos frente a proteínas de la vía alternativa del complemento y la toxina Shiga en materia fecal es negativa.

La forma más frecuente es la genética, su diagnóstico es de exclusión y el tratamiento específico es Eculizumab. El SHUa se confirma con la detección de autoanticuerpos en las proteínas reguladoras del complemento y por mutaciones genéticas.

Manejo terapéutico

El tratamiento del SUH es fundamentalmente de sostén. La hidratación precoz es la intervención más importante. La expansión de volumen durante la fase prodrómica puede disminuir la frecuencia de insuficiencia renal oligoanúrica y reducir la necesidad de diálisis. El uso de antibióticos durante la diarrea por STEC se contraindica, dado que incrementa el riesgo de desarrollo del SUH y de formas más graves. Conclusiones: expansión de volumen reduce necesidad de terapia de reemplazo renal y mantiene el sodio sérico dentro de un rango normal.

Propuesta: hidratar inicialmente a todo paciente con SHU D+ y sin signos de sobrecarga hídrica, con 10 ml/kg/h de solución salina al 0,9% IV, durante un período de 3 h. Posteriormente, si

la diuresis es $\geq 0,5$ ml/kg/h, se recomienda no dializar y continuar con la hidratación IV programar con solución salina isotónica, según sus necesidades

Las alteraciones hidroelectrolíticas como hiperkalemia, hiperfosfatemia, acidosis metabólica, requieren manejo cuidadoso y frecuentemente terapia de reemplazo renal.

La hiponatremia en algunos estudios es un factor predictivo de mortalidad punto de corte <128 meq/l estando asociado a compromiso neurológico. y hemoglobina elevada punto de corte $>10,8$ g/dl

La diálisis peritoneal aguda (DPA) es la modalidad preferentemente utilizada en niños con injuria renal aguda por SUH post- diarreico (SUH D+), y puede realizarse en sala de internación bajo la conducción del pediatra internista. La hipertensión arterial, habitualmente secundaria a sobrecarga hídrica, se trata mediante balance negativo y bloqueantes cálcicos. En casos graves con compromiso multiorgánico se ha utilizado: plasmaféresis, pulsos de corticoides y eculizumab (aunque la eficacia de este último, en el SUH, no ha sido demostrada de manera concluyente).

Posibilidad de evolucionar a IRC: Oligoanuria > 15 días 90%, entre 7 y 14 días :30%, <7 días: 2%

Actualmente en fase de investigación fase 3 se está utilizando un medicamento biológico cuya acción es bloquear la toxina Shiga y detener la progresión de SUH típico y en fase de estudio con perspectivas terapéuticas: Probióticos para bovinos y humanos.

Más allá de que el 95% de los pacientes sobreviven a la etapa aguda, el SUH debe considerarse una enfermedad sistémica con riesgo significativo de secuelas a largo plazo (aproximadamente el 20% desarrolla enfermedad renal crónica a los 10 años). El seguimiento prolongado hasta la adultez resulta indispensable.

El rol del Pediatra Internista

La atención eficiente del SUH grave requiere trabajo interdisciplinario. Sin embargo, para que esa atención sea verdaderamente coordinada, los integrantes del equipo deben ser convocados de manera personalizada y sus participaciones articuladas en función de las necesidades reales del paciente en tiempo real.

En este contexto surge la figura del pediatra internista o "pediatra hospitalista", como se lo denomina en otras latitudes, como el profesional más adecuado para ejercer el rol de coordinador. Es quien permanece junto al paciente y su familia a lo largo de toda la internación y quien, como señalaba el Dr. Carlos Gianantonio, actúa como "pivote de convergencia, conceptual y práctica, de los múltiples especialistas que ejercen la medicina curativa. Es el médico del paciente y su familia, que dirige y armoniza las tareas diagnósticas y terapéuticas y facilita el diálogo entre disciplinas".

Más allá de su experiencia clínica, el pediatra internista posee competencias en áreas transversales de calidad asistencial: seguridad del paciente, transiciones de la atención, costo-efectividad, gestión de riesgos y ética. Estas competencias lo posicionan como un actor clave en la mejora continua de los procesos institucionales.

Simulación clínica y Seguridad del paciente

La simulación clínica, entendida como estrategia educativa, recrea situaciones clínicas reales utilizando tecnología o actores humanos, lo que permite a los equipos de salud practicar, identificar errores y perfeccionar habilidades sin poner en riesgo a los pacientes. En el contexto del SUH, su incorporación permitió anticiparse a diferentes escenarios mediante dos modalidades: 1-Entrenamiento específico del equipo de enfermería en el manejo de cánulas y diálisis peritoneal (Zona 1), y 2-Simulación in situ de situaciones clínicas complejas y sus complicaciones. De esta manera se favorece el aprendizaje sobre la patología y el trabajo de

competencias transversales como comunicación, liderazgo y colaboración interdisciplinaria para todo el equipo de salud.

La simulación posee el potencial de desempeñar un papel cada vez más trascendente en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente y lo hace a través de una profunda comprensión de las potenciales capacidades individuales y colectivas y de la integración con los procesos de atención de salud que llevan adelante los esfuerzos de control de seguridad y calidad dentro de los hospitales y los sistemas de atención médica. Promueve una cultura justa orientada a identificar y corregir fallas estructurales, no buscando culpables, sino invitando y gestionando dentro del centro médico a protocolizar sus procesos, implementar reportes confidenciales de incidentes y reconocer al paciente como participante activo en sus decisiones de salud.

Caso clínico: un evento centinela que transformó el proceso

Un paciente pediátrico ingresó con diagnóstico de SUH grave con indicación de diálisis peritoneal. Según el protocolo institucional vigente en ese momento, ante la falta de disponibilidad de quirófano, la colocación de la cánula de diálisis se realizaba en la sala de internación. Durante el procedimiento ocurrió un evento adverso grave, lo que motivó el inicio de un análisis de causa raíz.

Las conclusiones de dicho análisis determinaron que la colocación de cánulas de diálisis es un procedimiento seguro únicamente, cuando se realiza en quirófano. A partir de este evento centinela, se rediseñó el circuito de atención: todo paciente con SUH evaluado en guardia con indicación de diálisis peritoneal activa un protocolo de ingreso directo a quirófano para la colocación de dicha cánula, ingresando a la sala de internación con la cánula ya colocada y en condiciones de iniciar el tratamiento dialítico de inmediato.

Este cambio de protocolo, implementado a partir del año 2012, constituyó una mejora concreta y sostenida en la seguridad del paciente, y representa un ejemplo paradigmático de aprendizaje institucional a partir del error: identificar la falla, analizar sus causas, rediseñar el proceso y sostener la mejora en el tiempo.

“Un evento centinela es un suceso imprevisto y grave asociado a la atención de salud que produce daño físico, daño permanente o muerte. Constituye una señal de alarma que exige análisis inmediato para corregir fallas sistémicas y prevenir su recurrencia”

Conclusión

El SUH típico asociado a STEC continúa siendo un problema sanitario prioritario en Argentina, dada su elevada incidencia y su potencial gravedad. Al tratarse de una enfermedad sistémica mediada por daño microvascular e inflamatorio cuyo pronóstico depende en gran medida del reconocimiento precoz, la hidratación adecuada y el manejo intensivo de soporte.

Su amplio espectro clínico no tiene tratamiento específico, sino de sostén.

Es una enfermedad con riesgo de progresión, existiendo estrategias terapéuticas, que pueden demorar o evitar esa progresión, por lo tanto, el seguimiento de los pacientes debe continuar hasta la edad adulta.

En este contexto, el pediatra internista ocupa un rol central e irremplazable como coordinador del equipo interdisciplinario: acompañando al paciente y su familia a lo largo de toda la internación, articulando las decisiones con los distintos especialistas, y de esta manera

garantizar la continuidad y coherencia en la atención.

La incorporación de herramientas de seguridad para el paciente, análisis de causa raíz, rediseño de procesos y simulación clínica, permitieron transformar los eventos adversos en oportunidades reales de mejora institucional. La experiencia presentada demuestra que la atención eficiente del SUH grave requiere, no solo conocimiento clínico actualizado, sino también una cultura de calidad asistencial sostenida en el tiempo, donde el paciente y sus necesidades sean siempre el centro de cada decisión.

Referencias bibliográficas esenciales

1. Gianantonio C y col. THE HEMOLYTIC - UREMIC SYNDROME-. THE JOURNAL OF PEDIATRICS 1964,64:478-491
2. Grimoldi y col. Enfermedad renal crónica, diálisis y trasplante. Estudio multicéntrico: 1996-2003 Arch. argent. pediatr.2008 v.106 n.6
3. Craig S Wong y col. Factores de riesgo para el síndrome urémico hemolítico en niños infectados con Escherichia coli O157:H7: un análisis multivariable CID 2012:55
4. Monteverde M y col. Sobrevida de paciente e injerto en niños con trasplante renal. Experiencia del Hospital Garrahan en 2 períodos. Medicina Infantil 2016,23(2):108
5. Pablo Bonany y col. Restricción de líquidos versus expansión de volumen en niños con síndrome urémico hemolítico asociado a diarrea: un estudio observacional retrospectivo nefrología pediátrica Enero de 2021;36(1):103-109.
6. M. Adragna y col. Seguridad y eficacia de la colocación del catéter de diálisis peritoneal aguda por punción en pacientes con Síndrome Urémico Hemolítico asociado a diarrea Medicina infantil 2011 vol 18 nº4

COMUNICACIONES LIBRES

Resúmenes de estudios y casos clínicos

Comunicaciones libres. Estudios

1. ¿Cómo viven los niños, niñas y adolescentes la hospitalización pediátrica? Escuchar su voz para mejorar la calidad asistencial.

Gisela Muñoz García; Ainhoa Gondra Sangróniz; Jesús Garmendia Gómez; Maite González Mentxakatorre; Laura Miranda Pérez; Ibai Hernández Morras; Aranzazu Platas Varela; Lorena Dehesa Mendivil . Hospital Universitario Basurto. Vizcaya

Introducción y objetivos. La hospitalización infantil genera un impacto emocional y físico significativo. Para humanizar los cuidados, es fundamental situar el relato de los pacientes en el centro del análisis. El objetivo principal de este proyecto fue conocer la experiencia de los niños, niñas y adolescentes ingresados en planta de hospitalización pediátrica, recogiendo sus testimonios y vivencias para obtener una perspectiva más real de cómo experimentan el ingreso, identificando sus necesidades y propuestas de mejora.

Metodología: Estudio cualitativo desarrollado entre septiembre y noviembre de 2024 con apoyo del Departamento de Salud (seleccionado como proyecto Bottom-Up). Se ejecutaron tres grupos focales (duración: 2-2.5 horas) con 16 menores de 5 a 13 años (11 con alta reciente y 5 ingresados). Las sesiones siguieron una secuencia estructurada y adaptada madurativamente: Acogida, conexión, reconstrucción del ingreso, empleo de diversas técnicas de expresión y creación de propuestas de futuro. Los contenidos se analizaron cualitativamente mediante codificación temática.

Resultados: El análisis cualitativo reveló demandas de mejora esenciales clasificadas por ejes. En el bloque de confort y hostelería, los

menores solicitaron proteger la calidad del sueño mediante la mitigación del ruido nocturno y la mejora del mobiliario de descanso de los acompañantes, y una reforma de la alimentación hospitalaria (flexibilizando menús y rigidez de dietas). En el eje lúdico-educativo, propusieron una agenda clara de actividades, la apertura diaria del aula de ocio y la transversalidad del juego. Estructuralmente, la infancia temprana (5-8 años) priorizó el juego en movimiento, mientras que la preadolescencia (10-13 años) centró sus demandas en la privacidad. En el plano médico-asistencial, valoraron la comunicación honesta y amable, rechazando el mensaje paliativo de "no te va a doler". Las emociones más mencionadas fueron el miedo, la preocupación y la frustración.

Conclusiones: La metodología basada en el relato infantil debería considerarse para el codiseño asistencial. Se evidenció la necesidad de brindar una comunicación clínica honesta, optimizar las dinámicas nocturnas para preservar el descanso del binomio paciente-cuidador, flexibilizar y anticipar la oferta lúdico-nutricional y acometer adaptaciones estructurales. Esto nos permitirá ejecutar mejoras de impacto en su experiencia.

2. ¿Es segura la hospitalización domiciliaria para el paciente agudo? Análisis de indicadores de seguridad en una unidad pediátrica

Andrea Aldemira Liz; Sandra López Mateo; Raquel García Romero; Ane Achotegui De Arco; Elisenda Esquerdo Barragan; Andrea Pardo Gallego; Carmen Villalón Matute; Astrid Batlle Boada Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción: La hospitalización a domicilio (HAD) se ha consolidado como un modelo eficaz que ofrece cuidados de ámbito hospitalario en domicilio. Con una correcta

selección de pacientes, se considera un modelo seguro, con eventos adversos y mortalidad comparables a la hospitalización convencional. Sin embargo, la literatura es heterogénea, depende del diseño del programa HAD y se orienta principalmente al ámbito adulto.

Objetivo: analizar la seguridad del ingreso domiciliario en una unidad HAD pediátrica para paciente ingresado por patología aguda de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo con análisis descriptivo. Se incluyeron variables relacionadas con la seguridad clínica, obtenidas de la base de datos de la unidad (REDCap): reingreso hospitalario a las 72 horas, retorno no planificado a hospitalización convencional, eventos adversos relacionados con tratamiento (reacciones alérgicas, errores de medicación, incidentes con dispositivos, complicaciones de accesos vasculares), atención no programada (consulta telefónica/presencial urgente), eventos críticos inesperados, infecciones asociadas a atención sanitaria y percepción familiar de seguridad.

Resultados: Los datos provisionales registrados entre enero-24 y marzo-26 incluyeron 1634 pacientes. Con respecto a la percepción familiar mediante encuestas de satisfacción/NPS, un 98% manifestó sentirse seguro durante la HAD, siendo este porcentaje del 92% en pacientes con autoadministración de tratamiento parenteral.

Conclusiones: La HAD es una alternativa segura y eficaz a la hospitalización convencional para manejo del paciente agudo pediátrico. Es fundamental reforzar la prevención de eventos adversos y la implantación de medidas de mejora en la seguridad de HAD. Al tratarse de un ámbito no convencional, el análisis de seguridad debe abordarse de forma integral, incluyendo factores clínicos, tecnológicos y psicosociales.

3. Abscesos profundos del cuello en pediatría: análisis clínico y terapéutico de una serie de casos

Sergio Frau Reina; César Gavilán Martín; Paula García Torres; Paula Vera García; María Casarrubios Quiñones; Marta Lacoba Garrido; Vanesa Milenkova Stoycheva; Inmaculada Lliso Belda
Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alicante

Introducción: Las infecciones de los espacios profundos del cuello son entidades infrecuentes, aunque potencialmente graves, cuya baja incidencia dificulta la realización de series amplias y condiciona una elevada variabilidad terapéutica. El diagnóstico precoz es determinante, aunque complejo por la inespecificidad clínica inicial. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas, manejo terapéutico y evolución de pacientes pediátricos con infecciones de los espacios profundos del cuello.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 9 pacientes pediátricos ingresados por infecciones de los espacios profundos del cuello entre 2016 y 2026. Se recogieron variables clínicas, analíticas, radiológicas, terapéuticas y evolutivas.

Resultados: La mediana de edad fue de 4 años (rango 1-6). Los signos clínicos principales fueron fiebre (9/9), tumoración cervical (8/9) y tortícolis (5/9). Todos presentaron leucocitosis (mediana 21.480), neutrofilia (mediana 77,7%) y elevación de proteína C reactiva (mediana 9,21 mg/dL). La tomografía computarizada (TC) identificó 4 abscesos parafaríngeos, 4 retrofaríngeos y 1 mixto (colecciones de hasta 4,5 cm). Los hemocultivos fueron negativos, detectándose *Streptococcus pyogenes* en el exudado faríngeo de 2 pacientes.

La antibioterapia empírica inicial fue heterogénea: amoxicilina-clavulánico (4/9), ceftriaxona más clindamicina (2/9), vancomicina más clindamicina (2/9) y ceftriaxona, vancomicina y metronidazol (1/9). Un paciente precisó escalar a piperacilina-tazobactam y linezolid por mala evolución. Todos recibieron metilprednisolona. Siete pacientes evolucionaron favorablemente con tratamiento médico exclusivo y dos precisaron cirugía por

compromiso de la vía aérea, asociando uno de ellos trombosis yugular incipiente. La mediana de estancia hospitalaria fue de 8,5 días sin secuelas.

Conclusiones: Los abscesos profundos del cuello deben sospecharse ante fiebre, tumoración y/o limitación de la movilidad cervical, especialmente en niños < 6 años.

La TC con contraste fue fundamental para confirmar el diagnóstico, definir la extensión anatómica y orientar el tratamiento.

La mayoría de los pacientes evolucionaron favorablemente con tratamiento médico exclusivo, reservándose la cirugía para aquellos con compromiso de vía aérea, complicaciones vasculares o mala evolución.

Todos los pacientes recibieron corticoterapia intravenosa, cuyo papel terapéutico continúa siendo controvertido.

Se observó una notable heterogeneidad en los esquemas terapéuticos empleados, lo que evidencia la necesidad de protocolos estandarizados y estudios multicéntricos que permitan optimizar las estrategias terapéuticas.

4. Anticuerpos monoclonales anti-TNF en pediatría: patrones de uso, cribado infeccioso, vacunación y prescripción fuera de ficha técnica.

María Valdés Garicano; Marina Valero Faya; Cristina Jiménez Núñez; Ana Méndez-Echevarría; Clara Udaondo Gascón; Cristina Calvo Rey; Teresa Del Rosal Rabes

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción y objetivos. El empleo de terapias anti-TNF en Pediatría ha aumentado en los últimos años. Debido al mayor riesgo de infecciones, se recomienda cribado infeccioso y adecuación vacunal previos al tratamiento. El objetivo es describir las características de los pacientes pediátricos tratados con anticuerpos monoclonales anti-TNF en un hospital terciario, evaluando su uso fuera de ficha técnica, la adecuación del cribado infeccioso y vacunación.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes menores de 18 años tratados con adalimumab o infliximab durante 2025 en un

hospital terciario. Se realizó un análisis descriptivo de las características de la cohorte y del uso fuera de ficha técnica, diferenciando si este se debía a la edad del paciente o a indicaciones no aprobadas. También se evaluó el cumplimiento del cribado infeccioso recomendado (

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes, con una edad media al inicio del biológico de $9,7 \pm 4,1$ años; 60,2% mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis idiopática juvenil ($n=55$, 56,1%), uveítis ($n=20$, 20,4%) y enfermedad de Crohn ($n=10$, 10,2%). 75 pacientes recibieron adalimumab y 23 infliximab. El tratamiento se utilizó fuera de ficha técnica en 26 pacientes (26,5%) siendo el motivo principal la indicación ($n=23$) y más frecuente con infliximab frente a adalimumab (60,9% vs. 16,0%; $p<0,001$). Sólo 25 pacientes (25,5%) presentaban un cribado infeccioso completo previo al tratamiento (

Conclusiones: En nuestra cohorte, el cumplimiento de las recomendaciones de cribado infeccioso y adecuación vacunal previas al inicio de terapias anti-TNF fue bajo. Más de una cuarta parte de los tratamientos se prescribieron fuera de ficha técnica, especialmente infliximab. Es necesario implementar estrategias de mejora para minimizar el riesgo infeccioso de los pacientes pediátricos candidatos a tratamiento biológico.

5. Aplicación del método de consenso para la implantación de un relevo asistencial reglado de la planta de hospitalización

Diego García Máñez; Julia Jaque Gómez-Aguado; Ángela Puerta Beteta; Estela Mestre Ferrández; Ascensión Cutillas García; Cristina Valdivia Villodre; Patricia Luis Herrera; Pedro J. Alcalá Minagorre

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción y objetivos. El huddle se ha consolidado como una herramienta eficaz para crear mapas mentales compartidos entre

profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario, facilitando la revisión estructurada de aspectos críticos de la seguridad del paciente. Sin embargo, la coexistencia de múltiples variables, intereses diversos y perfiles profesionales dificulta alcanzar consensos sobre qué elementos deben incluirse en una lista realmente operativa y adaptable a la práctica diaria de cada centro.

Ante esta situación, se propone el uso de una técnica de consenso entre profesionales clave de una planta de hospitalización pediátrica. El objetivo del estudio fue desarrollar una lista de verificación operativa, actualizada y específica para la transferencia de información en el relevo asistencial matutino. Este proceso se llevó a cabo mediante una metodología estructurada de consenso, en la que participaron pediatras y profesionales de enfermería hospitalaria, con el propósito de mejorar la calidad de la comunicación y la seguridad del paciente.

Materiales y métodos: Se diseñó una lista de verificación destinada al pase de planta matutino, con una duración aproximada de 7 minutos y participación multidisciplinar (pediatría, enfermería y otros especialistas implicados en la atención).

El estudio se desarrolló en dos fases. En la primera, se elaboró un listado preliminar de nueve ítems mediante revisión bibliográfica, basado en la estructura mental del método IDEAS para la transferencia de información clínica. En la segunda fase, se aplicó dos rondas del método Delphi para consensuar el contenido final de la lista, garantizando así su relevancia y aplicabilidad clínica.

Conclusiones: La implantación de un huddle consensuado en pediatría constituye una intervención de bajo coste y fácil integración en la rutina asistencial, con gran potencial para mejorar la seguridad del paciente. La estructuración del relevo matutino mediante una comunicación breve y sistemática contribuye a reducir la pérdida de información y las omisiones en entornos clínicos dinámicos. La evidencia

sugiere que la seguridad depende en gran medida de una comunicación eficaz y de un mapa mental compartido entre profesionales. Adaptado al contexto local mediante metodologías iterativas como IDEAS, este enfoque mejora la coordinación, la seguridad diagnóstica y la calidad asistencial.

6. Aprendizajes sobre trabajo en equipo y gestión de recursos en crisis tras un programa de simulación en hospitalización pediátrica

Isabel Sanjurjo Jiménez; Laura Alías Rodríguez; Aina Martínez Planas; Laura Montfort Carretero; Alba Pablo Puchal; Irene Bonifacio Plaza; Saray Álvarez Roman; Juan José García García
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. Las situaciones críticas en hospitalización pediátrica requieren una adecuada gestión de recursos en crisis (CRM) y coordinación entre profesionales con distintos niveles de experiencia y formación. La simulación clínica permite identificar fortalezas y áreas de mejora en el trabajo en equipo. El objetivo fue describir los principales aprendizajes obtenidos tras un programa de simulación clínica in situ en relación con factores humanos y CRM.

Métodos: Estudio observacional basado en encuestas realizado entre 2024 y 2025. Se llevaron a cabo simulaciones clínicas in situ con equipos multidisciplinarios formados por pediatras, residentes, enfermería, enfermeras internas residentes y técnicos auxiliares. Los escenarios se basaron en situaciones críticas frecuentes, incluyendo parada cardiorrespiratoria. Tras cada sesión se realizó un debriefing estructurado centrado en aspectos clínicos y de CRM y se administró una encuesta inmediata de autoevaluación. Se analizaron los resultados descriptivamente y se realizaron comparaciones entre perfiles profesionales y entre escenarios con y sin parada cardiorrespiratoria.

Resultados: Participaron 249 profesionales sanitarios. El rendimiento clínico fue elevado, con correcta identificación del problema en el 94,5% y aplicación del ABCDE en el 88,7% de las simulaciones. Sin embargo, los aspectos relacionados con el CRM mostraron mayores dificultades. El reconocimiento de roles fue adecuado en el 84,9%, la identificación del líder en el 81,5%, la comunicación con la familia en el 78,2% y la comunicación en bucle cerrado en el 50,8%.

Se observaron diferencias en la comunicación en bucle cerrado entre enfermería/TCAE y pediatras (77,8% vs 57,1%; $p=0,03$). Los escenarios con parada cardiorrespiratoria presentaron mayor dificultad para identificar roles (84,3% vs 96,3%; $p=0,009$) y al líder del equipo (82% vs 95,6%; $p=0,004$).

Conclusiones: La simulación clínica constituye una herramienta útil para identificar áreas de mejora en el trabajo en equipo interdisciplinar. Los principales aprendizajes se relacionan con la comunicación, la claridad de roles y el liderazgo, especialmente en situaciones de mayor complejidad. El entrenamiento en factores humanos y CRM debería formar parte de la formación habitual en las unidades de hospitalización pediátrica.

7. Atención a pacientes con trastorno espectro autista en el entorno hospitalario

Patricia. Luis Herrera; Inmaculada Palazón Azorín; María Auxiliadora Javaloyes Sanchís; Pedro J. Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción y objetivos. Con este proyecto pretendemos explorar el conocimiento y formación del personal sanitario de las plantas de pediatría interna hospitalaria y oncología infantil de nuestro centro, con el fin de poner a su disposición recursos que puedan facilitar la atención de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Así mismo, pretendemos evaluar el resultado de las intervenciones realizadas.

Métodos: Entre enero y febrero de 2026 se difundió una encuesta entre el personal sanitario de la planta de pediatría interna hospitalaria y oncología pediátrica a través de la plataforma Google Forms® que incluía una serie de preguntas en relación con su actitud ante la atención de pacientes con TEA y la experiencia en la misma. Así, se detectaron las principales necesidades formativas y de herramientas para el abordaje de estos pacientes.

Se llevarán a cabo, posteriormente, dos sesiones formativas en las que participará el personal de enfermería que trabaja actualmente en estas plantas de hospitalización. Tras esto, realizaremos una nueva encuesta con el objetivo de evaluar la formación recibida y detectar posibles nuevas necesidades formativas.

Resultados: Las principales dificultades encontradas incluyen el abordaje de procedimientos dolorosos o invasivos y de crisis de agitación y desregulación conductual, problemas de comunicación clínica y relación con las familias y un entorno hospitalario poco adaptado. Además, al preguntar sobre percepción de la propia necesidad de formación, existe una brecha importante entre la necesidad asistencial real y la formación disponible.

Tras la realización de la formación, obtendremos resultados sobre la eficacia y satisfacción con la misma.

Conclusiones: Existe una brecha importante entre la necesidad asistencial real y la formación disponible. Es necesaria la realización de formaciones y la facilitación de herramientas al personal sanitario para mejorar el manejo de los pacientes con TEA en planta de hospitalización.

Tras la realización de la encuesta de evaluación, añadiremos las conclusiones obtenidas sobre la formación.

8. Atención al niño hospitalizado por leishmaniasis visceral: estudio retrospectivo

Andrea Bastidas Gutiérrez; Agustín Clavijo Pendón; Carme àngel Baldó; Yolanda Herranz Sánchez; David

Ferrandez
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Mengual

Introducción y objetivos. La leishmaniasis visceral (LV) por *Leishmania infantum* es una zoonosis endémica en nuestro medio, afecta especialmente a niños menores de 5 años, y que sin tratamiento presenta una mortalidad muy elevada. Los objetivos de este trabajo son describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los niños hospitalizados por LV en nuestro servicio y establecer una estimación de la tasa de incidencia en nuestro departamento.

Método: Estudio retrospectivo observacional de pacientes menores de 15 años, hospitalizados y diagnosticados de LV en nuestro hospital, entre mayo 1992 y mayo 2026.

Resultados: Se identificaron 24 casos de niños hospitalizados por LV durante los últimos 34 años. La tasa de incidencia estimada fue de 2,5 casos/100.000 habitantes menores de 15 años, y hasta 8,4 casos/100.000 habitantes menores de 5 años. La mediana de edad fue de 18,5 meses. Salvo un paciente con inmunodeficiencia primaria y presentación atípica, todos presentaron fiebre, esplenomegalia y palidez mucocutánea. Los principales hallazgos analíticos fueron: anemia (hemoglobina media 7.2 mg/dl), trombocitopenia (86.125/ml), leucopenia (4.467/ml) y neutropenia (1.050/ml). El diagnóstico se confirmó mediante serología inmunofluorescencia indirecta en 14 pacientes, visualización del parásito en aspirado de médula ósea en 6, y en años más recientes mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre en 5 casos. Ocho pacientes recibieron tratamiento con antimonio de meglumina (33,3%) y 16 con anfotericina B liposomal (66,7%), que se consolidó como tratamiento de elección desde el año 2000. Aproximadamente un tercio de los pacientes cumplieron criterios de síndrome hemofagocítico (SHF), precisando ingreso en cuidados intensivos uno de ellos. Se registró una sola recaída de la enfermedad.

Conclusiones: La tasa de incidencia de LV en nuestra área triplica la tasa nacional. La PCR en sangre ha adquirido un papel relevante en la confirmación diagnóstica. La triada fiebre, esplenomegalia y citopenias continúa siendo clave para la sospecha diagnóstica precoz. El SHF constituye una complicación frecuente, que si bien suele resolverse tratando la LV, puede precisar tratamiento específico.

9. Barreras percibidas por familias y profesionales para la admisión de pacientes pediátricos en hospitalización a domicilio: resultados preliminares de un estudio multicéntrico nacional

Cristina Andrés Fradera (1); Astrid Batlle Boada (1); Paula García Espinosa (1), Beatriz Agúndez (2); María Isabel Cabrera (2); Ana Angulo (3); Ariadna Carsi (4); Clara Molina (5); Andrea Aldemira Liz (1) (1) Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.; (2) Hospital Universitario Infantil Niño Jesús; (3) Hospital General Universitario Gregorio Marañón; (4) Hospital Universitario Vall d'Hebron; (5) Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La hospitalización a domicilio (HAD) pediátrica es un modelo asistencial que permite proporcionar cuidados hospitalarios en el entorno domiciliario. A pesar de los elevados niveles de satisfacción descritos en pacientes y familias, persisten dificultades para la aceptación por parte de familias y la derivación de pacientes por los profesionales sanitarios.

Objetivo: Identificar las barreras percibidas por familias y profesionales que condicionan la derivación y admisión de pacientes pediátricos en HAD.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y multicéntrico (cinco hospitales españoles). Se realizaron encuestas estructuradas, anónimas y voluntarias a familias que rechazaron el ingreso en HAD y a profesionales hospitalarios implicados en la atención pediátrica. Se analizaron variables sociodemográficas, conocimiento previo de HAD,

motivos de rechazo, barreras percibidas y oportunidades de mejora. Los resultados corresponden a un análisis preliminar de un estudio en curso.

Resultados: incluye 51 familias y 256 profesionales sanitarios. El perfil predominante entre familias correspondió a madres (73%), con uno o dos hijos (75%). El 95% desconocía previamente la HAD y no había tenido experiencias previas con este modelo. Entre quienes disponían de información previa, esta procedía principalmente de fuentes no estructuradas (45%), mientras que el 5% la había recibido a través del sistema sanitario.

Los principales motivos de rechazo familiar fueron el miedo relacionado con la atención domiciliaria, la falta de confianza para realizar cuidados en casa y las dudas sobre la calidad asistencial. Las medidas identificadas como facilitadoras incluyeron una mayor información/formación, atención sanitaria continuada y herramientas de telemonitorización.

Entre los profesionales, las principales barreras identificadas fueron las dudas sobre la seguridad y el manejo clínico en HAD, la incertidumbre respecto a la capacidad familiar para asumir cuidados, el desconocimiento de criterios de inclusión y de circuitos de derivación, así como la percepción de rechazo familiar.

Conclusiones: Las barreras para la admisión en HAD pediátrica son multifactoriales e involucran tanto a familias como a profesionales. La mejora de la información, la capacitación de los cuidadores, la difusión de resultados de seguridad y calidad y la simplificación de los circuitos de derivación podrían favorecer una mayor utilización de la HAD.

10. Calidad del sueño en cuidadores principales de pacientes pediátricos con enfermedades complejas atendidos en domicilio

Eva María Canelo Torres; Irene Aragón Lacárcel; Carmen Sánchez Ramírez; Silvia García Martínez;

Teresa Montero Cebrián; Jaime Fernández Simón; Carlos Alberto González Bermúdez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción y objetivos. Los cuidadores principales de niños con enfermedades complejas asumen cuidados continuados, vigilancia clínica y toma de decisiones que pueden afectar a su descanso nocturno y bienestar emocional. El objetivo de este estudio fue describir la calidad del sueño de los cuidadores principales de pacientes pediátricos atendidos en un programa de atención domiciliaria y cuidados paliativos pediátricos y analizar su asociación con la sobrecarga percibida y el malestar emocional.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en cuidadores principales de pacientes pediátricos con enfermedades complejas. La recogida de datos se efectuó mediante un cuestionario anónimo autoadministrado que incluía variables sociodemográficas y tres instrumentos validados: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Zarit Burden Interview abreviada de 7 ítems (ZBI-7) y Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. La asociación entre variables se evaluó mediante correlación de Pearson.

Resultados: Se analizaron 25 cuidadores principales. La edad media fue de $39,4 \pm 6$ años y el 80% eran mujeres. El 80% ejercía el rol de cuidador principal desde hacía más de tres años. Los pacientes presentaban principalmente enfermedades neurológicas (52%), con elevada dependencia tecnológica.

La puntuación media del PSQI fue de $10,04 \pm 3,82$. El 88% de los cuidadores presentó mala calidad del sueño ($PSQI > 5$). La duración media del sueño fue de 5 horas y 26 minutos por noche. El 68% refirió despertarse más de tres veces por semana para atender necesidades de salud del menor.

Se observó una correlación positiva fuerte entre peor calidad del sueño y mayor sobrecarga del cuidador ($r=0,727$; $p<0,001$).

Asimismo, se encontró una correlación positiva significativa entre peor calidad del sueño y mayor malestar emocional ($r=0,659$; $p<0,001$).

Conclusiones: Los cuidadores principales de pacientes pediátricos con enfermedades complejas presentan una elevada prevalencia de alteraciones del sueño. Una peor calidad del sueño se asocia significativamente con mayor sobrecarga percibida y mayor malestar emocional. Estos hallazgos apoyan la necesidad de incorporar de forma sistemática la evaluación y el apoyo al bienestar del cuidador dentro de los programas de atención domiciliaria y cuidados complejos pediátricos.

11. Capacitación de cuidadores para la administración de antibioterapia intravenosa mediante CVP en hospitalización pediátrica a domicilio: experiencia de un hospital de tercer nivel

Sandra López Mateo; Andrea Pardo Gallego; Anna Marín Moyo; Elisenda Esquerdo Barragan; Ane Achotegui Del Arco; Carmen Villalón Matute; Astrid Batlle Boada; Andrea Aldemira Liz Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción: La hospitalización a domicilio (HDOM) es una alternativa asistencial segura y eficiente ante el incremento de la demanda sanitaria que permite reducir la estancia hospitalaria y favorece la recuperación del paciente pediátrico en su entorno habitual. La capacitación de los cuidadores en la administración domiciliaria de medicación intravenosa por parte de enfermería es clave para garantizar la seguridad y continuidad de los cuidados.

Objetivo: Describir el proceso de capacitación de las familias para la administración de antibioterapia intravenosa mediante catéter venoso periférico (CVP) en una unidad de HDOM de un hospital pediátrico monográfico de tercer nivel y analizar sus resultados clínicos y la experiencia familiar.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico realizado

entre enero de 2023 y junio de 2026. Se incluyeron pacientes atendidos en HDOM que precisaron antibioterapia intravenosa administrada por sus cuidadores tras completar un programa de capacitación enfermera en cuatro fases: formación teórica, demostración práctica, simulación supervisada y validación de competencias. Se analizaron la duración del tratamiento, las complicaciones asociadas al CVP, las incidencias registradas y los errores de medicación. La experiencia familiar se evaluó mediante encuestas de satisfacción al alta. Los datos se recogieron de forma seudonimizada conforme a la normativa vigente.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 269 capacitaciones para la administración domiciliaria de antibioterapia intravenosa mediante CVP. La duración media del tratamiento fue de 3,13 días. Se registraron complicaciones relacionadas con el dispositivo en el 25% de los casos, siendo la extravasación la más frecuente (11,9%), con resolución favorable. Se identificaron 6 errores de medicación, sin eventos adversos graves. Se obtuvieron 82 encuestas de satisfacción, de las cuales 75 familias (91,5%) refirieron sentirse seguras o muy seguras durante la autoadministración del tratamiento intravenoso.

Conclusiones: La capacitación estructurada en cuatro fases facilita la adquisición de competencias por parte de los cuidadores y contribuye a la seguridad del programa de HDOM. El manejo domiciliario del CVP mostró un perfil de seguridad adecuado y una elevada percepción de seguridad por las familias, respaldando la HDOM pediátrica como una alternativa segura y eficaz a la hospitalización convencional.

12. Características y evolución de los ingresos por VRS en niños con patología crónica compleja

Esther Sánchez Martín (1); Marta De Las Parras Molina (1); Ariadna Victoria Barbuzaño Méndez (1); María Bellido Gómez (1); Paula Fresno Jorge (1); Aroa Rodríguez Alonso (2); Virginia Santana Rojo (2); Francisco José Climent Alcalá (2)

(1)Unidad de Patología Crónica Compleja, Hospital Universitario La Paz; (2) Unidad de Patología Crónica Compleja. Instituto de Investigación, Hospital Universitario La Paz

Introducción y objetivos. El virus respiratorio sincitial (VRS) es una de las principales causas de hospitalización pediátrica, especialmente en niños con patología crónica compleja (PCC). El objetivo fue describir las características de los ingresos por VRS en niños con PCC y analizarlas según el tipo de inmunoprofilaxis, palivizumab o nirsevimab.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó niños con PCC ingresados por VRS (2020-2026), agrupados según la profilaxis recibida: palivizumab (2020-2023) o nirsevimab (2023-2026).

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes. Las principales patologías de base fueron enfermedades neurológicas (40,5%, n=17: encefalopatías epilépticas, hipóxico-isquémicas y otros síndromes genéticos), displasia broncopulmonar (31%, n=13) y atrofia muscular espinal (n=7, 16,7%). El 53% precisaba soporte nutricional tecnificado y el 35% soporte respiratorio domiciliario: 7 ventilación mecánica no invasiva y 6 oxigenoterapia convencional, 2 portadores de traqueostomía.

El análisis comparativo incluyó a 27 pacientes (17 palivizumab, 10 nirsevimab) con información disponible acerca de la profilaxis. La mediana de edad fue mayor en el grupo de palivizumab (3,8 [RIC 2,63–4,64] vs. 1,3 años [RIC 0,62–2,67], p=0,001). No se observaron diferencias en la complejidad basal, duración de la hospitalización (palivizumab mediana 7 días [RIC 4-9] vs nirsevimab 5,5 días [RIC 3-7]); ni en la necesidad de escalada del soporte respiratorio (> 80% en ambos grupos). Tampoco en la necesidad de ingreso ni la mediana de estancia en UCI (palivizumab n=5, 29,4%, mediana 8,5 días [RIC 6,5–23,5] vs nirsevimab n=2, 20%, mediana 2,5 días [RIC 2,0–3,0]). Palivizumab se asoció a más antibioterapia (70,6% vs. 20,0%; p=0,018) y elevación de reactantes (76,9% vs. 0%; p=0,007).

Se registraron 3 episodios de sepsis (1 con palivizumab, 2 profilaxis desconocida).

Conclusiones: Los niños con PCC ingresados por VRS tuvieron estancias prolongadas con incremento del soporte respiratorio. No se detectaron diferencias en la gravedad ni evolución entre ambos grupos. En los pacientes con nirsevimab se observó menor elevación de parámetros inflamatorios y menor uso de antibioterapia. Se requieren más estudios para ver el beneficio de nirsevimab en niños con PCC, así como evaluar su uso en pacientes >2 años.

13. Celulitis orbitaria en pediatría: caracterización clínica, analítica y radiológica de una serie de 9 casos hospitalizados

Paula García Torres; Cesar Gavilán Martín; Sergio Frau Reina; Marta Lacoba Garrido; Vanesa Milenkova Stoycheva

Hospital Universitario San Juan de Alicante

Introducción y objetivos. La celulitis orbitaria es una infección postseptal potencialmente grave que puede ocasionar secuelas visuales permanentes y complicaciones intracraneales. El reconocimiento precoz de los signos de alarma en Urgencias es clave para identificar la afectación postseptal, solicitar pruebas de imagen de forma adecuada e iniciar tratamiento precoz. El objetivo fue describir las características clínicas, analíticas, microbiológicas, radiológicas y evolutivas de los pacientes pediátricos ingresados por celulitis orbitaria en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron pacientes menores de 15 años ingresados entre enero de 2018 y diciembre de 2023 con diagnóstico radiológico de celulitis orbitaria postseptal. Se recogieron variables demográficas, manifestaciones clínicas, foco infeccioso, parámetros analíticos (proteína C reactiva [PCR], leucocitos y procalcitonina [PCT]), hallazgos

radiológicos, resultados microbiológicos, tratamiento y necesidad de cirugía.

Resultados: Se analizaron 9 pacientes (6 mujeres y 3 varones), con una edad mediana de 9 años (rango: 12 meses-13 años). Todos presentaron sinusitis asociada y afectación postseptal confirmada por imagen. Se identificó absceso orbitario o subperióstico en 6 casos (66,7%) y complicaciones intracraneales en 2 (22,2%), que precisaron traslado a un centro de tercer nivel. La rentabilidad microbiológica fue baja, con hemocultivos negativos en todos los pacientes; únicamente se aislaron *Eikenella corrodens* y *Streptococcus intermedius* en muestras obtenidas tras drenaje quirúrgico. Todos recibieron antibioterapia intravenosa de amplio espectro y corticoides sistémicos. Cinco pacientes (55,6%) precisaron intervención quirúrgica o drenaje. La PCR se elevó en todos los casos, mientras que la PCT permaneció baja incluso en pacientes con abscesos orbitarios y complicaciones intracraneales.

Conclusiones: La celulitis orbitaria pediátrica se asocia estrechamente a sinusitis aguda y presenta una elevada frecuencia de complicaciones en pacientes hospitalizados. La baja rentabilidad microbiológica refuerza la importancia del tratamiento empírico precoz. Mientras la PCR se elevó en todos los casos, la PCT mostró escasa correlación con la gravedad clínica y radiológica. Nuestros hallazgos refuerzan la importancia de la detección precoz de signos de alarma de afectación postseptal en Urgencias y de la actuación multidisciplinar temprana para optimizar el pronóstico.

14. Comparación de la precisión de ChatGPT, Perplexity y pediatra en interpretación de radiografía de tórax pediátricas

Luis Bachiller Carnicero (1); Verónica Delgado Martín (2); Juan Manuel Serón Luna (1) (1) Hospital de Segovia; (2) Centro salud Plaza del Ejército; (3)

Introducción y objetivos. La radiografía de tórax (RxT) es una de las prueba radiológicas

más utilizada en pediatría, pese al creciente uso de la ecografía. Su interpretación es controvertida y heterogénea. Los modelos extensos de lenguaje basados en inteligencia artificial, o Large Language Model en inglés (LLM) podrían servir de apoyo en la interpretación de las RxT. Este estudio evalúa la precisión diagnóstica y la concordancia entre dos LLM — ChatGPT y Perplexity— en comparación con un radiólogo y un pediatra en la interpretación de las RxT pediátricas.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y analítico, que incluyó todas las RxT obtenidas en pacientes pediátricos en urgencias y hospitalización entre noviembre 2023 - Abril 2024, en un hospital secundario. Se evaluó la precisión diagnóstica de los observadores (ChatGPT, Perplexity y un único pediatra) en comparación con un único radiólogo (considerado gold-standard), y la concordancia entre observadores mediante el coeficiente Phi para la normalidad o no de las radiografía y mediante coeficiente Kappa de Cohen para el diagnóstico concreto.

Resultados: El estudio incluyó 504 radiografías de 446 pacientes. La tasa de ausencia de hallazgos patológicos fue de 84.3%, 62.1%, 58.1% y 53.6% según Perplexity, radiólogo, pediatra y ChatGPT respectivamente. El pediatra mostró mejor sensibilidad (0.85; 0.66 y 0.77), especificidad (0.94; 0.86 y 0.69) y valor predictivo positivo (0.92; 0.81 y 0.31) que ChatGPT y Perplexity respectivamente. Perplexity obtuvo un mayor valor predictivo negativo que pediatra y ChatGPT (0,94; 0,90 y 0,75). En la

Discusión: La precisión diagnóstica de los LLM, tanto ChatGPT como Perplexity, fue menor que la del pediatra en la interpretación de radiografías de tórax pediátricas. Los LLM mostraron un nivel de concordancia débil con el radiólogo y una concordancia moderada con el pediatra. Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar modelos de IA específicos para pediatría.

15. Conocimientos y necesidades formativas sobre lactancia materna en profesionales de una planta de hospitalización pediátrica

Ariadna Plana Campàs; Lluïsa Rodríguez Gussinyer; Paula Calvo Lluch; Gemma Pons Tomàs; Isabel Sanjurjo Jiménez; Raquel García Romero; Laia Baleta Riera; Mariona Fernández De Sevilla Estrach
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción: Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en el apoyo a la lactancia materna (LM) durante la hospitalización pediátrica. Las diferencias en conocimientos y percepción de competencia pueden influir en la calidad del asesoramiento proporcionado a las familias. El objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y necesidades formativas sobre LM de los profesionales de una planta de hospitalización pediátrica.

Métodos: Estudio observacional y transversal realizado mediante encuesta anónima y voluntaria dirigida a profesionales de una planta de hospitalización pediátrica. Se empleó el cuestionario validado Competència en l'Atenció Primària sobre Alletament (CAPA), compuesto por 24 ítems con puntuación entre 24 y 144 puntos, y un cuestionario específico sobre percepción de competencia en situaciones clínicas habituales relacionadas con la LM en el ámbito hospitalización pediátrica. Se recogieron variables profesionales, formación previa y experiencia personal en lactancia materna.

Resultados: Participaron 123 profesionales sanitarios. La puntuación media del cuestionario CAPA fue de $117,4 \pm 13,4$ puntos (mediana 119; RIC 81-144). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones según la categoría profesional (Kruskal-Wallis, $p < 0.001$), con mayores puntuaciones en pediatras adjuntos (126,2 puntos) y residentes de pediatría (122,8 puntos), y menores en TCAE (96,7 puntos). Los profesionales con experiencia personal de lactancia materna obtuvieron puntuaciones

superiores respecto al resto (122,2 frente a 116,9 puntos; $p = 0.096$). Aunque la actitud hacia la LM fue globalmente favorable, el cuestionario de autopercepción identificó necesidades formativas relacionadas con la suplementación, la extracción de leche materna y el uso del sacaleches. Estas necesidades variaron según la categoría profesional: los médicos residentes mostraron mayor inseguridad en aspectos prácticos de la lactancia, mientras que las TCAE presentaron una menor percepción global de competencia y mayores necesidades formativas. Más de la mitad de los participantes consideraron no disponer de formación suficiente para apoyar la LM durante la hospitalización.

Conclusiones: Los profesionales de hospitalización pediátrica presentan una actitud favorable hacia la LM, aunque existen diferencias en el nivel de conocimientos según la categoría profesional y experiencia personal. La identificación de necesidades formativas específicas según el perfil profesional permitirá diseñar intervenciones dirigidas y optimizar el apoyo a la lactancia materna durante la hospitalización pediátrica.

16. Contaminación de hemocultivos en pediatría. Un problema común que exige una intervención multidisciplinar

Carme Àngel Baldó; Agustín Clavijo Pendón; Laura Tello Román; Vanesa Ramos Buigues; Andrea Bastidas Gutiérrez; Laura Molina Muñoz; David Ferrández Mengual; Yolanda Herranz Sánchez
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Introducción y objetivos. Los hemocultivos constituyen una herramienta diagnóstica fundamental para la identificación de microorganismos en sangre y la optimización del tratamiento antimicrobiano en el ámbito hospitalario. En niños, la obtención de muestras sanguíneas presenta dificultades derivadas de las características anatómicas, la edad y la ansiedad asociada a la venopunción, factores que incrementan el riesgo de contaminación. Esto dificulta su interpretación clínica, favorece el uso

innecesario de antibióticos y aumenta los costes sanitarios. Ante el incremento observado de hemocultivos contaminados en nuestro servicio se planteó este estudio enfocado a la mejora de la calidad asistencial, con el objetivo de reducir la tasa de contaminación en nuestro hospital.

Metodología: Se estableció nuestra tasa de contaminación mediante la recopilación de datos de los hemocultivos extraídos en niños durante un año. Se realizó una encuesta a todo el equipo para identificar problemas y valorar el grado de cumplimiento del protocolo vigente. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en PubMed sobre recomendaciones actualizadas para extracción de hemocultivos en población pediátrica y tasas de contaminación aceptables en pediatría. A partir de los hallazgos obtenidos, se actualizó el protocolo de extracción por enfermería, se impartió formación específica para su conocimiento y difusión, y medidas para su implementación. Posteriormente, se inició la monitorización de resultados.

Resultados: La participación de todo el equipo permitió transformar este estudio en objetivo compartido de todo el servicio. La tasa de contaminación obtenida en nuestro hospital fue del 18,92% considerando el total de hemocultivos, y del 95,4% entre los hemocultivos positivos. El porcentaje de hemocultivos contaminados en pediatría asumibles, descritos en la literatura, debe ser menor a un 3%. Actualmente se encuentra en curso la recogida de datos y análisis posterior a la intervención.

Conclusiones: La tasa de contaminación de hemocultivos en nuestro hospital era significativamente superior a la recomendada.

Los resultados preliminares muestran un impacto positivo de las medidas implementadas para reducir la tasa de contaminación.

La actualización del protocolo, la formación específica de los profesionales y la implicación del equipo constituyen estrategias potencialmente eficaces para reducir la contaminación de hemocultivos en pediatría.

17. Cuidados paliativos pediátricos: impacto asistencial en un hospital de tercer nivel

Ana Fernández Pérez; María de los Ángeles Alés Arroyo; Rocío Valera Belijar; José Manuel Rumbao Aguirre; María Dolores Montilla Castillo; Rocío Porcel Chacón

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Introducción y objetivos. Los programas de cuidados paliativos pediátricos buscan mejorar la calidad asistencial de pacientes con enfermedades complejas y sus familias, favoreciendo una atención integral y coordinada entre el hospital y el domicilio. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la implantación de un programa de cuidados paliativos pediátricos sobre la utilización de recursos hospitalarios.

Métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo de pacientes pediátricos incluidos en un programa de cuidados paliativos con nivel de atención 2 y 3 en un hospital de 3º nivel. Se comparó la utilización de recursos sanitarios de cada paciente durante el periodo previo a la implantación del programa (2018-2021) y el periodo posterior (2022-2025). Se analizaron el número de visitas a urgencias, el número de hospitalizaciones y los días de ingreso hospitalario. Asimismo, se comparó el número de hospitalizaciones y visitas domiciliarias realizadas durante el periodo posterior. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, de los cuales 13 (52%) eran mujeres. La mediana de edad fue de 12 años (rango: 6-22).

No se observaron diferencias significativas en el número de visitas a urgencias entre ambos periodos ($Z=-0,585$; $p=0,558$), ni en el número de hospitalizaciones ($Z=0,071$; $p=0,943$). Sin embargo, se observó una reducción significativa de los días de ingreso hospitalario tras la implantación del programa ($Z=-2,436$; $p=0,015$).

Asimismo, durante el periodo posterior, el número de visitas domiciliarias fue

significativamente superior al número de hospitalizaciones ($Z=-2,923$; $p=0,003$).

Conclusiones: La implantación de un programa de cuidados paliativos pediátricos se asoció a una reducción significativa de la estancia hospitalaria, manteniéndose estable el número de visitas a urgencias y hospitalizaciones. La mayor actividad asistencial en el domicilio observada tras la implantación del programa podría contribuir a disminuir la carga de hospitalización y favorecer una atención más centrada en el paciente y su familia.

18. Cuidar 24 horas al día: carga emocional y resiliencia de las familias de niños con patología crónica y complejidad médica

Maria Teresa Montero Cebrian; María Angeles Bernal López; Carmen Sánchez Ramírez; Noelia Rocamora Alacid; Maria Cuevas Sanchez; Celia Pedreño Martinez; Jorge Hernández Aparicio; Raquel Ruiz García
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción: Los avances en la atención pediátrica han permitido aumentar la supervivencia de niños con patología crónica y complejidad (NPCC), trasladando gran parte de los cuidados al domicilio. Aunque este modelo favorece la permanencia en el entorno familiar, también puede generar importantes repercusiones emocionales, sociales y laborales en los cuidadores

Objetivos: Explorar la experiencia de los cuidadores principales de NPCC e identificar factores de sobrecarga y elementos protectores asociados a la atención domiciliaria.

Material y métodos: Estudio transversal con metodología mixta mediante encuesta anónima realizada entre abril y mayo de 2026 a cuidadores principales de NPCC atendidos en una unidad regional de atención integral pediátrica. Se utilizó una versión adaptada de la Family Quality of Life Scale junto con preguntas abiertas analizadas mediante análisis temático.

Resultados: Se analizaron 35 respuestas. Los principales factores de carga fueron el miedo al futuro (91%), la renuncia a la vida personal y

social (83%) y la dificultad para compatibilizar los cuidados con otras responsabilidades familiares y laborales (74%). Más de la mitad de las familias refirió repercusión laboral derivada de los cuidados y el 94% manifestó mantener vigilancia nocturna por riesgo de complicaciones, reflejando la elevada exigencia física y emocional asociada al cuidado. El análisis cualitativo identificó cuatro ejes temáticos predominantes: vigilancia continua, agotamiento físico y emocional, aislamiento social e incertidumbre ante la evolución clínica del niño. Los cuidadores describieron una sensación de disponibilidad permanente y dificultades para desconectar de las responsabilidades asistenciales. ¡Como principales fortalezas emergieron la accesibilidad del equipo, la rapidez de respuesta, la cercanía profesional y la sensación de acompañamiento. El 94% consideró el programa fundamental para su familia y el 97% lo recomendaría a otras familias en situación similar.

Conclusiones: La complejidad médica pediátrica genera una importante carga emocional, social y laboral que trasciende de los indicadores clínicos tradicionales. Sin embargo, la elevada valoración del programa y la recomendación prácticamente unánime de las familias sugiere que la accesibilidad, continuidad asistencial y el acompañamiento profesional actúan como factores protectores clave. Incorporar sistemáticamente la experiencia de las familias puede contribuir a desarrollar modelos asistenciales más humanizados, resilientes y centrados en la familia.

19. Desarrollo de una guía farmacoterapéutica en pediatría interna hospitalaria.

Nieves Carretero Borrás; Andrea Irene Fullana Carbonell; Teresa Ródenas Garcinuño; Estela Mestre Ferrandez; Julissa Guerrero Ramírez; Mariagrazia Dimatteo; Pedro J Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario de Alicante Dr.Balmis

Introducción: Durante la formación en pediatría interna hospitalaria (PIH), los residentes adquieren amplios conocimientos, entre ellos, el

manejo de medicación de uso frecuente y de alto riesgo.

El objetivo de este trabajo es determinar la necesidad de formación en este ámbito elaborando un listado operativo y actualizable de fármacos de uso relevante para su integración en el programa formativo.

Métodos: La necesidad formativa se determinó mediante una encuesta online dirigida a los MIR, para evaluar su competencia farmacoterapéutica percibida y el nivel de supervisión en su práctica asistencial. Se incluían preguntas sobre identificación de medicamentos de alto riesgo, interacciones, efectos secundarios, contraindicaciones, dosificación en situaciones especiales y prescripciones off-label. Al final del formulario se volvía a preguntar sobre el grado de capacitación percibido y la pertinencia de actividades formativas.

Para la elaboración del listado se partió de una serie inicial de fármacos, se realizó un cribado mediante método delphi con la participación de expertos en diferentes áreas.

Resultados: Participaron 17 residentes con representación homogénea de cada año. (Tasa de respuesta 61%). El 70% describió su nivel de formación a priori como bueno o muy bueno, y el 100% estaba autorizado para la prescripción no supervisada en al menos un ámbito asistencial.

Se observaron discrepancias y deficiencias en aspectos considerados críticos: 75% ajuste inadecuado de dosis en pacientes con sobrepeso/obesidad, fallos en la identificación de interacciones, desconocimiento de contraindicaciones farmacológicas en patologías específicas; y de la terminología de prescripción en situaciones especiales.

Posteriormente se reevaluó la autopercepción de capacitación farmacoterapéutica, en la que el 51% la consideró como mejorable/muy mejorable. La totalidad de los participantes expresó la pertinencia de iniciativas para mejorar este aspecto formativo.

En paralelo se realizó una guía que incluye 90 principios activos integrados en más de

18 grupos terapéuticos, con una serie de herramientas específicas para la práctica asistencial, sobre la que se trabajará durante el periodo de rotación.

Conclusión El aprendizaje sobre farmacoterapia pediátrica no se debe sustentar sólo en la experiencia sino en programas docentes estructurados, con herramientas adaptadas al entorno, como esta guía, que permita la mejor formación de los futuros pediatras internistas.

20. Desarrollo y validación de listas de verificación diagnóstica en la unidad hospitalización

Julia Jaque Gómez-aguado; Diego García Mañez; Nieves Carretero Borrás; Andrea Fullana Carbonell; Elena Sanz Page; Ana Murillo Martínez; Alberto Marín Muñoz; Pedro Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción: El error diagnóstico constituye un problema relevante en seguridad del paciente pediátrico, especialmente en situaciones de incertidumbre clínica al ingreso hospitalario. Las listas de verificación diagnóstica pueden favorecer una evaluación más estructurada, ampliar el diagnóstico diferencial y reducir omisiones clínicamente relevantes. El objetivo es diseñar y validar listas de verificación para 3 entidades clínicas con alto riesgo de error diagnóstico, e intentar mejorar la seguridad y eficiencia del proceso diagnóstico.

Materiales y métodos: para tres entidades clínicas frecuentes y con amplio diagnóstico diferencial (adenomegalia a estudio, dolor abdominal a estudio y obstrucción bronquial recurrente) se confeccionó tras revisión bibliográfica, un listado de verificación para cada entidad con cuestiones sobre seguridad diagnóstica y riesgo de sesgos, la enumeración de diagnósticos específicos según frecuencias, enfermedades graves no omisibles, y una serie de consideraciones diagnósticas clave.

Con posterioridad se buscó la validación de los listados a través de técnicas de consenso con un grupo de expertos de dichas patologías a

través de un método Delphi modificado. Se valoró la relevancia, claridad, pertinencia para pediatría y factibilidad de uso al ingreso de cada uno de los ítems incluidos, y se incluyeron las propuestas con el grado de acuerdo/desacuerdo determinado, así como nuevas propuestas de al menos 2 participantes.

Resultados: se obtuvieron 34 respuestas (65% adjuntos, 4 especialidades pediátricas, cirugía pediátrica y radiología pediátrica). Todos los ítems incluidos en las listas finales, consiguieron el acuerdo exigido. Se introdujeron 3 ítems a propuesta de los colaboradores y se eliminaron 5 por no alcanzar el acuerdo exigido. La versión final (figura 1) consta de 45, 56 y 63 aspectos a considerar respectivamente, en cada paciente. El tiempo medio de cumplimentación de cada cuestionario final como testeo pre-aplicación fue de 7 min.

Conclusiones: Con estas listas de verificación, se pretende proporcionar una intervención estructurada y viable para mejorar la seguridad diagnóstica pediátrica al ingreso hospitalario. También tiene una relevancia en el aprendizaje reglado de MIR, y en la mejora del razonamiento clínico en la práctica asistencial. Se tienen que aplicar medidas efectivas para su implementación y seguimiento por parte de los profesionales implicados.

21. Diseño e implementación de una estrategia institucional interdisciplinaria para el manejo agudo conductual en hospitalización pediátrica

Y Chirinos Chirinos; M Espejel Deloiza; M Díaz De La Rosa

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción y objetivos. Las emergencias conductuales y los episodios de agitación psicomotriz en salas de hospitalización pediátrica representan un desafío crítico para la seguridad del paciente y el personal. Su abordaje suele ser reactivo, fragmentado y carente de soporte técnico-legal. El objetivo de este estudio es diseñar, implementar y evaluar una estrategia institucional estandarizada e interdisciplinaria,

denominada Manejo Agudo Conductual (MAC), fundamentada en un diagnóstico situacional previo para mitigar riesgos asistenciales.

Métodos: Se analizó un diagnóstico situacional transversal mediante una encuesta estructurada aplicada a 102 profesionales operativos (médicos, enfermería, relaciones públicas y trabajo social) en un centro pediátrico de tercer nivel. Basado en las brechas operacionales detectadas, se articuló un programa académico-operativo híbrido coordinado por pediatría interna hospitalaria, en coparticipación con psicología, psiquiatría infantil, el área jurídica y relaciones públicas. La intervención contempló tres fases modulares consecutivas: desescalada verbal y fenomenología de la crisis; seguridad del entorno; y destrezas técnicas mediante talleres presenciales basados en escenarios de simulación clínica de alta fidelidad.

Resultados: El diagnóstico inicial (n=102) demostró que las crisis son continuas y de alta frecuencia. El 46.1% del personal desconocía el protocolo de sujeción mecánica segura y el 68.6% reportó el manejo de familiares disruptivos o agresivos como su principal fuente de inseguridad operativa. La confianza autoperbida en desescalada verbal fue deficiente (media: 5.70/10). Tras el despliegue de la estrategia MAC, se capacitó al personal en algoritmos de sedación por peso, sujeción humanizada de 5 puntos y directrices legales. Para asegurar la sostenibilidad al pie de cama, se distribuyeron herramientas de soporte de decisión clínica inmediata ("Tarjetas de Acción Rápida").

Conclusiones: La estandarización del protocolo MAC evidencia que la transición hacia un modelo codificado, multidisciplinario y basado en simulación clínica transforma la incertidumbre operativa en competencia técnica. Esta estrategia reduce la variabilidad asistencial, mitiga riesgos de iatrogenia y establece las bases operativas para una norma institucional de seguridad en salas médicas. Primer Adjunto

22. Ecografía pulmonar en una planta de pediatría ¿qué se puede predecir de la experiencia de un hospital comarcal?

Fátima Pareja Marín; Nerea Murcia Ramón; Carla Miró Vicedo; María García Henarejos; Mireia Trilles Barberá; Silvia Pequeño Pérez; Zaida Benaches Picó; Sara Vicent Martí

Hospital General Universitario Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante

Introducción y objetivos. La incorporación de la ecografía a pie de cama (EP), es una técnica segura, rápida y reproducible que ha demostrado ser un cambio transformador en la práctica clínica. Permite reducir el diagnóstico diferencial y la exposición a radiaciones ionizantes, a la vez que facilita una mayor autonomía diagnóstica del especialista clínico. El objetivo de este estudio retrospectivo fue evaluar la implantación de la EP realizada por pediatras en una unidad de hospitalización y determinar su fiabilidad diagnóstica en patología pulmonar aguda frente a la radiografía de tórax (RxT).

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluyó 66 pacientes pediátricos ingresados con al menos una ECP realizada por pediatras durante un periodo de cuatro años (marzo de 2022 a mayo de 2026). Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico ecográfico y radiológico, número de exámenes y orden de realización de las exploraciones. El análisis descriptivo utilizó medias con desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes (34 varones y 32 mujeres, con una edad media de 4,6 años). Los casos se concentraron preferentemente en los meses de diciembre, enero y marzo. El diagnóstico más frecuente fue neumonía (57 casos), con 16 de ellos presentando derrame pleural asociado. La ECP identificó hallazgos complejos, incluyendo una neumonía cavitada, un absceso pulmonar, un derrame complicado (empiema) y la sospecha de una malformación vascular. En 37 de los 46 casos en

que se documentó el orden, la RxT precedió a la ecografía. Es relevante que en 5 pacientes se evitó la RxT inicial ante una EP con resultado normal.

Conclusiones: La EP a pie de cama por pediatras ha demostrado ser una herramienta viable, segura y de gran utilidad clínica, especialmente para el diagnóstico y seguimiento de la neumonía y sus complicaciones complejas. La capacidad de la ECP para detectar patologías complejas y descartar condensaciones sugiere que posee la fiabilidad necesaria para ser considerada la primera prueba de imagen en la evaluación inicial de la infección respiratoria febril.

23. Efectividad de un programa de educación para la salud internacional en la mejora de competencias sobre cuidados paliativos pediátricos en profesionales sanitarios

Laura Galant Pérez; Paloma Vivancos Medina; Ana Lorente Beltrán; Cristina Molina Ruiz; María Teresa Montero Cebrian; María Ángeles Bernal Galera; Naila Palazon Nieto; Andrea Noguera Torres
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción: Los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) constituyen un derecho fundamental para niños y adolescentes con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida. Sin embargo, en Ecuador persisten importantes desigualdades en el acceso a estos cuidados debido a la escasez de equipos especializados, la limitada formación de los profesionales sanitarios y la ausencia de protocolos específicos. Ante esta realidad, se diseñó un Programa de Educación para la Salud orientado a mejorar las competencias profesionales en CPP y favorecer el desarrollo de modelos asistenciales integrales.

Metodología: Se desarrolló un programa formativo multidisciplinar dirigido a profesionales sanitarios de diferentes ámbitos asistenciales. La intervención combinó actividades teóricas y prácticas impartidas por especialistas nacionales e internacionales. El programa incluyó 16

ponencias sobre fundamentos y aplicación clínica de los CPP, cuatro talleres prácticos basados en casos clínicos, un taller específico de enfermería sobre manejo de ostomías, vía subcutánea y administración segura de fármacos, así como mesas académicas e institucionales sobre la situación actual en Ecuador. La evaluación se realizó mediante control de asistencia, participación activa, recogida de necesidades formativas y cuestionario de satisfacción posterior.

Resultados: Participaron más de 140 profesionales de enfermería, medicina, psicología, trabajo social y fisioterapia. Se observó una elevada implicación de los asistentes durante las sesiones y talleres, identificándose una mejora percibida en los conocimientos relacionados con la valoración integral, el control de síntomas, la comunicación con las familias y el trabajo interdisciplinar. Los participantes destacaron la utilidad práctica de los talleres clínicos y del abordaje del autocuidado profesional para prevenir el burnout y la fatiga por compasión. Asimismo, la actividad favoreció la creación de redes de colaboración entre profesionales y generó interés por la constitución de equipos locales especializados en CPP.

Conclusiones: La implementación de un Programa de Educación para la Salud constituye una estrategia eficaz para fortalecer las competencias de los profesionales sanitarios y promover una atención más humanizada, integral y basada en la evidencia. Este tipo de iniciativas puede contribuir al desarrollo y consolidación de los CPP en entornos con recursos limitados, favoreciendo la equidad en el acceso a cuidados de calidad para la población pediátrica y sus familias.

24. El poder de las palabras en la práctica clínica: reflexiones sobre un lenguaje respetuoso hacia el paciente y su familia en pediatría.

Isabel Gimeno Sánchez; María Pilar Cedena Romero; Raquel Nuñez Ramos; Nerea Salmón Rodríguez; David Belillas Nuñez; Juan Jesús Sánchez-cañete Bernal;

Macarena Asencio Lado
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción y objetivos. La historia clínica es la herramienta principal que utilizamos para reflejar las necesidades del paciente y sus enfermedades.

Es clave, por tanto, redactarla con precisión, recogiendo la información relevante que nos ayude a conocer el contexto del paciente, pero a la vez salvaguardar su intimidad y respeto a sus características.

En 2021, se publicó en Actualización en Medicina de Familia un artículo titulado “Niega fiebre”: una historia de respeto (Serrano Morón P et al) que enumera 10 prácticas habituales que llaman a la reflexión sobre nuestro modo de redactar la historia.

En el presente trabajo, pretendemos revisar algunos de estos aspectos y añadir otros nuevos desde la perspectiva de la Pediatría.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en torno a los términos tratados en el artículo mencionado y una reflexión crítica sobre cómo aplicarlos en pediatría.

Resultados: Reflejados en la tabla.

Conclusiones: La historia clínica que redactamos, o la que leemos de otros compañeros, es el punto de partida que guía nuestros razonamientos y actuaciones. A veces la forma en que utilizamos las palabras nos predispone a etiquetar, poner en duda o juzgar a nuestros pacientes. Por otro lado, en algunas ocasiones omitir información, especialmente del contexto sociofamiliar, puede llevar a riesgo de falta de precisión diagnóstica o desprotección cuando los pacientes son niños.

25. Empoderando a las familias: impacto de una intervención educativa dirigida a padres de niños hospitalizados por bronquitis aguda

Paula Inchusta Pérez ; Mónica De La Cuesta García ; Marta González García
Hospital Universitario Niño Jesús

Introducción y objetivos. La bronquitis aguda representa una de las principales causas de

morbilidad infantil y hospitalización pediátrica, generando un elevado sufrimiento psicológico y ansiedad en los cuidadores principales. La alfabetización en salud liderada por enfermería es una herramienta crucial para empoderar a las familias dentro del modelo de Atención Centrada en la Familia. El objetivo general es evaluar la eficacia de una intervención educativa estructurada, apoyada con material visual y hoja de registro de inhaladores, en la mejora de conocimientos, habilidades prácticas y disminución de la ansiedad de cuidadores de niños ingresados por esta patología.

Métodos: Estudio experimental, longitudinal, prospectivo, unicéntrico, controlado y paralelo con asignación aleatoria 1:1, a desarrollar en una planta de pediatría de un hospital monográfico infantil de Madrid, entre julio y noviembre de 2026. La muestra será de 54 cuidadores (27 por grupo) seleccionados por muestreo de conveniencia mediante asignación aleatoria por bloques permutados. El grupo intervención recibirá una sesión educativa individualizada (10-15 minutos) con infografías validadas, un cómic realizado por Peix Asensio M. (2021) y una hoja de registro para terapia inhalada. El grupo control recibirá los cuidados e información verbal habitual de la planta. Se medirán variables sociodemográficas, conocimientos, habilidades, satisfacción y ansiedad parental (escala STAI-7) mediante dos cuestionarios, al ingreso y alta, en ambos grupos. El análisis estadístico se realizará con SPSS v.26 mediante estadística descriptiva e inferencial (mediante pruebas paramétricas o no paramétricas según normalidad de la muestra, mediante Shapiro-Wilk; $p < 0,05$).

Resultados: Actualmente, el proyecto se encuentra en proceso de recogida de datos; se espera exponer los primeros resultados piloto durante el congreso. Como resultados esperados, se prevé que el grupo intervención experimente un incremento estadísticamente significativo (prueba t student/ U de Mann-Whitney, $p < 0,05$) en las puntuaciones globales de conocimientos,

optimización de habilidades y reducción de la ansiedad respecto al grupo control.

Conclusiones: El papel de la enfermera pediátrica es fundamental en la capacitación familiar, mejorando los conocimientos y habilidades, potenciando la adherencia terapéutica, así como humanizando los cuidados y mitigando el impacto del ingreso hospitalario.

26. Encuestación sobre la experiencia de pacientes pediátricos en hospitalización. Punto de partida para implementar mejoras de impacto real en la calidad asistencial.

Gisela Muñoz García; Ainhoa Gondra Sangróniz; Ana María Vázquez Morales; Paula De La Vega Rodríguez; Sara Sancho Martínez; Aranzazu Platas Varela; Edurne García Gordo; Lorena Dehesa Mendivil
Hospital Universitario Basurto. Vizcaya

Introducción: La experiencia del paciente se ha consolidado como un pilar fundamental de la calidad asistencial. Históricamente, en hospitalización pediátrica su evaluación se ha realizado indirectamente a través de los progenitores, pero hay escasez de literatura centrada en la perspectiva directa del menor ingresado.

Objetivos: Evaluar la experiencia de hospitalización reportada por los pacientes pediátricos. Compararla con la referida por sus progenitores. Identificar áreas de mejora y diseñar estrategias para su traslación a la práctica clínica.

Métodos: Se diseñó interdisciplinariamente un cuestionario para pacientes pediátricos (7-13 años) hospitalizados y una versión homóloga para sus familiares. Ambos fueron posteriormente sometidos a un proceso de pilotaje y validación aparente. Se calculó un tamaño muestral de 110 pacientes (nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%). La encuestación se realizó de forma voluntaria y anónima al alta mediante formato físico o digital, entre agosto de 2025 y marzo de 2026. Se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación.

Resultados: y conclusiones: Se analizaron 117 encuestas de niños, niñas y adolescentes (NNA) hospitalizados y sus familiares/tutores. La edad media fue de 10,5 años; el 45% eran mujeres y el 44% presentaban patología no quirúrgica. Entre los progenitores encuestados, el 74% de las respuestas fueron cumplimentadas por la madre y el 6% de forma conjunta por ambos progenitores. Los NNA identificaron como factores clave para una experiencia positiva el trato humano de los profesionales, las actividades lúdico-recreativas y el acompañamiento familiar. El miedo fue la emoción negativa predominante, mientras que el dolor y la alimentación hospitalaria se asociaron con una peor experiencia. Las valoraciones de familiares y pacientes fueron concordantes. Los progenitores otorgaron una relevancia superior al acceso y disfrute de espacios exteriores respecto a sus hijos/as. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar factores emocionales y ambientales en la humanización de la atención pediátrica hospitalaria. Asimismo, respaldan la inclusión sistemática de la perspectiva de pacientes y familiares en el diseño de estrategias de mejora orientadas a optimizar el bienestar, la calidad percibida y la experiencia durante la hospitalización pediátrica.

27. Estudio de las crisis vasooclusivas en un servicio de pediatría interna hospitalaria de un hospital de tercer nivel

Sara Ruiz González; Ana María Angulo Chacón; Alicia Fernández González; Marta Pintó Rubio; Katie Badillo Navarro; Blanca Toledo Del Castillo; Felipe González Martínez; Rosa Rodríguez Fernández
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: las crisis vasooclusivas (CVO) constituyen la manifestación clínica más frecuente de la enfermedad falciforme, representando una causa importante de morbilidad y utilización de recursos sanitarios. El objetivo del estudio fue analizar las características clínico-epidemiológicas y el manejo de las CVO.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo en pacientes CVO desde noviembre 2024 hasta mayo 2026. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas. Los datos se analizaron mediante SPSS versión 23.

Resultados: se incluyeron 34 episodios correspondientes a 18 pacientes. La mediana de edad fue 14 años (RIC 8-16), siendo el 80% mujeres. El 44% fue diagnosticado mediante cribado neonatal. La estancia media hospitalaria fue de $5,3 \pm 3,3$ días. La mediana de duración del dolor al ingreso fue de 19 horas (RIC 6-48), y el 88% había recibido analgesia domiciliaria. La localización más frecuente fueron las extremidades (59%), la columna vertebral (38%) y el tórax (20%). La mediana de intensidad del dolor al ingreso fue 8/10 (RIC 7-9). Los fármacos más utilizados fueron metamizol (88%), paracetamol (68%), morfina en bolos (59%) y en perfusión (47%). Otros tratamientos incluyeron fluidoterapia (91%), transfusión (21%), eritroaféresis (20%) y oxigenoterapia (21%). Solo un paciente precisó UCIP. Al comparar los pacientes según la intensidad del dolor al ingreso no se observaron diferencias en estancia media, hemoglobina basal o LDH. Los pacientes con dolor al ingreso moderado-intenso presentaban con mayor frecuencia antecedente de CVO ($p=0,008$). Una mayor edad se asoció con una mayor intensidad del dolor al ingreso ($p=0,049$). No se encontraron diferencias por edad en uso de mórficos; sin embargo, el uso de mórficos tanto en bolos como en perfusión se asoció con una estancia hospitalaria significativamente mayor ($p<0.001$).

Conclusiones: las CVO son la causa más frecuente de ingreso y tienen un gran impacto en la calidad de vida. Es fundamental monitorizar el dolor mediante escalas adecuadas a la edad y optimizar el tratamiento analgésico desde el inicio de la crisis. Dado que el uso de mórficos se relaciona con una estancia hospitalaria más prolongada, el diagnóstico y tratamiento precoz de la crisis podría ayudar a acortar la estancia media.

28. Evaluación del dispositivo tytocare como herramienta de exploración clínica remota en pediatría

Emma Freijo Vázquez; Laia Baleta Riera; Joan Valls Ramon Cortés; Albert Castelló Martí; Thais Castro Ribeiro; Hernan Elias Lew; Cristian Launes Montaña; Mariona Fernández De Sevilla
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La expansión de la telemedicina ha impulsado nuevas estrategias de valoración clínica remota. Una de ellas es TytoCare, un dispositivo que permite el registro de la auscultación cardiopulmonar, otoscopia, orofaringe y constantes vitales. El objetivo de este estudio fue evaluar su concordancia diagnóstica frente a la exploración física convencional.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes de 0 a 18 años ingresados en hospitalización pediátrica de enero a septiembre de 2025. Los investigadores realizaron la exploración convencional y telemática con TytoCare, que se registró en la plataforma digital. La interpretación de la exploración realizada con este dispositivo se efectuó diferida (≥ 30 días) y a ciegas por el mismo investigador. Se registraron variables clínicas y sobre la exploración. Se evaluó la usabilidad de la herramienta mediante una encuesta.

Resultados: Se incluyen 34 pacientes con edad mediana de 8,3 años (RIC3–12,25) y 17 (50%) de sexo femenino. El motivo de ingreso más frecuente fue el broncoespasmo (14, 41,2%).

Se recogen las medidas de precisión diagnóstica de distintas variables respecto a la auscultación pulmonar en la

La evaluación de la usabilidad mostró una aceptable calidad global, destacando la auscultación cardíaca (52,9% buena) y la otoscopia y orofaringe (91,2% y 85,3% buena, respectivamente).

Conclusiones: TytoCare mostró una adecuada exactitud para identificar una auscultación normal. Sin embargo, se

presentaron dificultades en la identificación de los ruidos sobreañadidos y se evidenciaron limitaciones en la otoscopia y la orofaringe. Estos hallazgos ponen de manifiesto restricciones en su aplicabilidad clínica y sugieren la necesidad de mejoras técnicas y formación antes de su implementación.

29. Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes y familias tras su inclusión en una unidad de patología crónica y complejidad

Pablo Gómez Garrido (1); Enrique Villalobos Pinto (2); Azucena Retuerta Oliva (2); Raquel Jiménez García (2)
(1)Centro de Salud Federica Montseny; (2)Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción y objetivos. Las unidades especializadas en niños con patología crónica y complejidad (NPCC) tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias atendidas. El objetivo del estudio es evaluar el impacto de una unidad monográfica para NPCC en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo, incluyendo pacientes atendidos en una consulta especializada en NPCC entre septiembre de 2020 y septiembre de 2024. Se elaboró un cuestionario propio para padres, madres y progenitores, incluyendo ítems de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS) obtenidos de escalas validadas, que incluyó 31 preguntas tipo test: 19 relacionadas con la CVRS de los padres y 12 con la de sus hijos, con 4 ó 5 posibles respuestas según una escala de Likert. Fue rellenado tras su primera visita y nuevamente tras un año de seguimiento. Se compararon ambos cuestionarios mediante el programa SPSS v22.0, utilizando los tests estadísticos de McNemar y Wilcoxon.

Resultados: Durante el tiempo de estudio, 231 pacientes fueron atendidos en la consulta. 132 cumplieron los criterios de inclusión. De ellos, 102 firmaron el consentimiento informado, 71 entregaron una única encuesta y 37 rellenaron dos. Estos 37

pacientes tenían una mediana de edad de 6 años. El 70.3% eran varones. Las patologías de base más frecuentes fueron la parálisis cerebral infantil (48.6%) y la encefalopatía epiléptica (24.3%). El 48.6% tenía dependencia de algún tipo de soporte tecnificado.

En el análisis de las respuestas, se apreció una mejoría en 23 ítems de CVRS, siendo en 5 las diferencias estadísticamente significativas. Además, se identificó una disminución estadísticamente significativa de la media de respuestas negativas por familia entre el primer y el segundo cuestionario (13.78 vs 10.72) (

Conclusiones: Los familiares de aquellos pacientes incluidos en una Unidad de Patología Crónica y Complejidad expresaron una mejoría subjetiva en varios aspectos de su calidad de vida, tras un año de seguimiento en consulta. Esto sugiere la conveniencia de que estas unidades hagan un abordaje integral de los pacientes y sus familias.

30. Evolución de los ingresos pediátricos debidos a intoxicaciones por drogas ilícitas: experiencia de los últimos 16 años.

Alicia Fernández González; María Moscoso Bernal; Manuel Martínez Lázaro; Blanca Toledo Del Castillo; Felipe González Martínez; María Isabel González Sánchez; Sara Ruiz González; Rosa Rodríguez Fernández

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: Informes recientes alertan sobre una mayor disponibilidad y diversidad de sustancias ilícitas, lo que facilita el acceso de la población infanto-juvenil. Dada su mayor susceptibilidad, la sospecha clínica precoz es clave.

Nuestro objetivo fue describir las características de los ingresos por intoxicación por drogas ilícitas y analizar si han existido cambios en los últimos años.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y unicéntrico. Se incluyeron pacientes de 0-16 años ingresados por intoxicación confirmada por

drogas ilícitas entre 2010-2025. Se compararon dos periodos: Grupo 1(2010-2017) y Grupo 2(2018-2025). Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivalente comparativo entre grupos.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes: 11 pertenecientes al grupo 1(1,27 ‰ de los ingresos de ese periodo) y 19 al grupo 2(2,35 ‰)

La mediana de edad fue de 20 meses(13-53), 56,7% varones. El tóxico más frecuente fue el cannabis. El 90 % presentó síntomas, destacando la sintomatología neurológica (92,6%); el 76,6% tenía una exploración física alterada, destacando la alteración pupilar (40,7%) y 16,7% ingresó en Intensivos Pediátricos(UCIP). Las características de la muestra se exponen en

La intoxicación por cocaína se asoció con mayor retirada de tutela ($p<0,01$) y los niveles elevados de tetrahidrocannabinol con mayor ingreso en UCIP (43,96 vs. 4,13 μ g/L, $p=0,12$).

Al comparar ambos periodos, el grupo 2 presentó un mayor número de ingresos por intoxicación por drogas ilícitas, así como un aumento de las intoxicaciones por consumo simultáneo de varias sustancias y de los casos con seguimiento previo por servicios sociales. Aparecieron nuevas drogas como las metilendioximetanfetaminas y se registraron ingresos por consumo voluntario en adolescentes[

También se observó una tendencia hacia una mayor gravedad reflejada en el incremento de ingresos en UCIP (9,1% vs. 21,1%, $p=0,63$); de crisis epilépticas (0% vs. 31,6%, $p<0,05$), de pruebas complementarias solicitadas (45,5% vs. 78,9%, $p=0,65$) y de la estancia media(1-2 días vs 1-4 días, $p=0,46$).

Conclusiones: Los ingresos pediátricos por drogas ilícitas están aumentando y presentan mayor gravedad. Deben considerarse ante cualquier alteración neurológica aguda de causa desconocida. El cribado toxicológico precoz y el envío de muestras a Toxicología para cuantificación y detección de múltiples intoxicaciones son fundamentales.

31. Factores asociados al reingreso hospitalario tras hospitalización domiciliaria pediátrica.

E Lasaosa Pera; E García Menor; C Barbero Peco; A Martínez Azor; R Jiménez García; B Agúndez Reigosa
Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Introducción: La hospitalización a domicilio pediátrica se ha consolidado como una alternativa segura a la hospitalización convencional. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre los factores asociados al reingreso hospitalario tras el alta domiciliaria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes realizado en una Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica entre enero de 2019 y mayo de 2026. Se analizaron las variables demográficas, clínicas y asistenciales asociadas al reingreso hospitalario en los 30 días siguientes al alta de la unidad de todos los pacientes atendidos en el programa.

Resultados: Se analizaron 2371 episodios de hospitalización domiciliaria pediátrica. La tasa de reingreso relacionado a los 30 días fue del 3,6 %. La presencia de patología de base y los pacientes con infección urinaria se asociaron significativamente con un mayor riesgo de reingreso. No se observaron diferencias significativas según sexo, procedimiento realizado ni duración de la estancia domiciliaria. Los reingresos precoces representaron una proporción reducida del total, observándose una mayor asociación con los cuadros de infección bacteriana grave.

Conclusiones: La hospitalización domiciliaria pediátrica presentó una baja tasa de reingreso relacionado, lo que apoya la eficacia de este modelo asistencial. La presencia de comorbilidad previa y determinados grupos diagnósticos, especialmente la patología urinaria y las infecciones bacterianas graves, podrían identificar pacientes con mayor riesgo de reutilización hospitalaria y candidatos a un seguimiento más estrecho tras el alta.

32. Factores predictores de mastoiditis complicada: análisis retrospectivo en un hospital de referencia (2017-2025)

Iván Cano Cámara; Aleix Soler García; Eva Gargallo Burriel; Carla Donado-Mazarrón García; Carla Fernández De Retana Leris; Andrea Aldemira Liz; Mariona Fernández De Sevilla Estrach; Juan José García García
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La mastoiditis aguda es la complicación más frecuente de la otitis media aguda. En los últimos años su incidencia y complicaciones parecen estar en aumento. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, el manejo y los factores asociados a mastoiditis complicada (absceso, trombosis y colección intracraneal).

Métodos: Estudio retrospectivo de casos de mastoiditis entre 2017 y 2025 ingresados en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas y clínicas y se realizó un análisis comparativo para identificar asociaciones entre las variables y la presencia de complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 304 pacientes (59,9% varones). El 22,4% presentaba algún factor de riesgo y el 41,1% recibió antibioterapia previa. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (75,1%), otalgia (62,8%), eritema (77,0%) y desplazamiento del pabellón (77,0%). Todos los pacientes ingresaron con antibioterapia endovenosa y el 31,3% recibió corticoterapia. Respecto al manejo quirúrgico, la colocación de drenajes transtimpánicos fue lo más común (32,6%) y se realizó mastoidectomía en el 20,4%. Se indicó TAC craneal en el 48,7%. Tuvieron complicaciones 101 pacientes (33,2%), de ellos 44 trombosis venosa (14,5% del total) y 12 pacientes presentaron signos de hipertensión intracraneal (3,9%).

No se encontró asociación significativa entre mastoiditis complicada y edad, antecedentes de riesgo, portadores de implantes cocleares o antibioterapia previa. Se observó un mayor riesgo de complicaciones en pacientes con clínica neurológica al ingreso ($p < 0,001$), ausencia

de inflamación local ($p<0,001$), uso de corticoterapia ($p<0,001$) y pautas largas de antibioterapia ($p<0,001$). Los casos complicados presentaron valores superiores de neutrófilos (11.410/mmcc vs. 9816/mmcc; $p=0,022$), proteína C reactiva (127,4mg/L vs 96,7mg/L $p=0,012$) y procalcitonina (13,00ng/dl vs 1,05ng/dl, $p=0,03$).

Conclusiones: La mastoiditis aguda pediátrica presenta una alta frecuencia de complicaciones. Los síntomas neurológicos, la elevación de reactantes y la ausencia de síntomas inflamatorios locales pueden ser predictores de una mala evolución. El uso de corticoterapia y pautas largas de antibióticos se correlacionan con complicaciones, principalmente trombosis. La alta incidencia de casos y complicaciones nos hacen investigar sobre factores de riesgo epidemiológicos y clínicos.

33. Fiebre elevada y síntomas digestivos: cuándo sospechar nefritis focal bacteriana aguda.

María Tovar Jaime; Rocío Valera Belijar; María Del Carmen López Córdoba; María Azpilicueta Idarreta
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción y objetivos. La nefritis focal bacteriana aguda (NFBA) constituye una infección bacteriana focal del parénquima renal potencialmente grave difícil de diagnosticar. El objetivo de este estudio es describir las características analíticas, microbiológicas, radiológicas y evolutivas de estos pacientes que puedan ayudar a reconocer esta entidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con NFBA diagnosticados en un hospital terciario entre 2014 y 2026.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, de los cuales 8 (57,1%) eran de sexo femenino. La mediana de edad al diagnóstico fue de 5,49 años (0,9 -10,37). Todos los pacientes presentaron fiebre elevada (39.5°C; 39–40). Otros síntomas frecuentes fueron vómitos (78.6%) y dolor abdominal (57,1%). Sólo cuatro pacientes

presentaron síntomas nefrourológicos. En la analítica todos los pacientes presentaban elevación de leucocitos ($17150 \times 10^9/L$; 7600-30240; $n=13$) y elevación de proteína C reactiva (201.2 mg/L; 35,30-316,50). Sólo el 58.3% de los pacientes presentaba leucocituria ($n=12$).

El urocultivo fue positivo en 6 pacientes (42.9%), siendo *E. coli* el microorganismo más frecuentemente aislado (71.4%). Todos los hemocultivos realizados fueron negativos ($n=10$). La ecografía mostró hallazgos compatibles con NFBA en 11 pacientes (84.6%; $n=13$) y la TC en 7 (100%; $n=7$).

La pauta intravenosa más empleada fue la combinación de cefotaxima y gentamicina (50%), mientras que la cefixima fue el antibiótico oral de continuación más frecuente (78.6%). La duración mediana del tratamiento intravenoso, oral y total fue de 7 (4-12),

15.5 (2-21) y 22 días (8-30), respectivamente. Un paciente presentó sepsis y nefritis bilateral. No se observaron casos de progresión a absceso renal. Un 35,7% tenían reflujo vesicoureteral.

Conclusiones: La NFBA debe sospecharse ante fiebre elevada, síntomas digestivos y elevación significativa de reactantes de fase aguda. El predominio de estos síntomas frente a los urinarios puede dificultar el reconocimiento precoz. La ecografía fue la principal herramienta diagnóstica, siendo necesaria la TC en algunos casos. Todos los pacientes respondieron favorablemente al tratamiento antibiótico, sin requerir procedimientos invasivos. Deben investigarse uropatías subyacentes una vez resuelta la NFBA.

34. Impacto clínico de la coinfección viral en pacientes pediátricos

Luis Bachiller Carnicero; Leticia María González Martín; Marta Soler Monterde; Ana Rodríguez Ramos; Gema Pérez Yagüe
Hospital General de Segovia

Introducción y objetivos. La presencia simultánea de varios virus puede modificar la

evolución, las pruebas complementarias y la clínica de los pacientes. El objetivo del estudio es la comparación de diferentes marcadores clínicos, analíticos y pronósticos entre la coinfección viral respecto a infección por un único virus.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en menores de 14 años con resultado positivo en reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de aspirado nasal en un hospital secundario desde 1/01/2022 a 31/12/2024. Se excluyeron los aislamientos en test rápido de virus Influenza, virus respiratorio sincitial y COVID.

Resultados: Se recogieron un total de 425 muestras de estudio ampliado de virus, de las cuales 321 mostraron positividad a un virus (45,1%). Se objetivó coinfección en 158 casos por 2 virus o más (49,2%). En 45 casos (14,0%) se encontró infección por 3 virus o más.

El virus más frecuente presente en coinfecciones fue Rhino/Enterovirus (26,5% del total de coinfecciones). La asociación de cada virus con el riesgo de coinfección se recoge en la

En pacientes con coinfección se observó 1.546,4 leucocitos más ($p=0,1$) y 253 neutrófilos menos ($p=0,8$) que con aislamiento de un solo virus. No se encuentran diferencias significativas en PCR y PCT.

Los pacientes con coinfección presenta más riesgo de ingreso en UCIP, de precisar oxigenoterapia y de ventilación mecánica convencional, OR 2,42; IC95%: 1,35-11,19, OR: 1,60; IC 95%: 1,08-2,39 y OR: 1,96; IC 95%: 1,70-2,24, respectivamente. No se encuentran diferencias en riesgo de ingreso, oxigenoterapia de alto flujo, uso de antibioterapia, ventilación no invasiva, realización de radiografía de tórax o diagnóstico de neumonía.

La coinfección en la que participa un Rhino/Enterovirus presenta menos riesgo de VMC y de ingreso en UCIP que en el resto de infecciones por 2 virus o más (OR 0,60; IC 95% 0,43-0,82 y OR 0,58; IC 95% 0,41-0,81, respectivamente).

Conclusiones: La coinfección viral fue frecuente y asoció mayor gravedad clínica, con incremento de ingreso en UCIP y necesidad de soporte respiratorio. El adenovirus mostró mayor riesgo de coinfección, mientras que el Rhino/Enterovirus se relacionó con una evolución más favorable.

35. Impacto clínico de las nuevas guías sobre ictericia neonatal

Luis Bachiller Carnicero; María Collada Carrasco; Elena Camacho Moral; Leticia María González Martín; Myriam Hortelano López; Eva Domínguez Bernal; Marta Carrón Bermejo
Hospital General de Segovia

Introducción: y objetivo En 2022 la Academia Americana de Pediatría (AAP) (Kemper et al; Pediatrics 2022;150) realizó una revisión sobre la ictericia neonatal elevando los umbrales de fototerapia, con el objetivo de reducir los tratamientos innecesarios y los ingresos hospitalarios. Comparamos los criterios anteriores y los actuales para evaluar las diferencias en la indicación de la fototerapia, las tasas de ingreso y los resultados clínicos a corto plazo en neonatos con hiperbilirrubinemia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó 78 mediciones de bilirrubina de 59 neonatos evaluados por ictericia. La indicación de fototerapia se evaluó en cada analítica de forma individual, considerando los umbrales de las guías anteriores de la AAP (Pediatrics 2004;114:297-316) y los actualizados en 2022. Se realizó seguimiento en el mes posterior a la primera analítica para valorar reconsultas o necesidad de nuevas analíticas.

Resultados: En la tabla 1 aparecen los datos demográficos y clínicos de la población estudiada. La bilirrubina total media fue 12,64 mg/dl (desviación estándar 4,95). Se observó isoimmunización en 12 muestras (15,3 %), y el 39,7 % recibía lactancia materna exclusiva al alta. Se indicó fototerapia en 23 casos (29,4 %) según los criterios anteriores y en 7 (8,9 %) según los umbrales actualizados, lo que representa una

reducción del riesgo relativo del 77 % (odds ratio 0,23; intervalo de confianza del 95 % 0,14–0,38). La reducción fue mayor en los recién nacidos a término (0,20; 0,10–0,37) que en los bebés prematuros tardíos (0,36; 0,16–0,79). La estancia hospitalaria estimada se redujo en 31,2 horas y la estancia en la unidad neonatal en 20,5 horas. No se produjeron reconsultas por la ictericia en el mes siguiente al estudio. La tasa de lactancia materna aumentó los dos años posteriores (2024-2025) a la aplicación del nuevo protocolo respecto a los dos años anteriores (2022-2023) (Chi cuadrado=3,24 ($p<0,05$)).

Conclusiones: Los umbrales actualizados de fototerapia en 2022 reducen sustancialmente las indicaciones de fototerapia, así como reducir los ingresos hospitalarios y estancia media sin efectos adversos a corto plazo, especialmente en los recién nacidos a término.

36. Impacto clínico-operativo de la transición a un modelo hospitalista pionero en México en una sala de hospitalización pediátrica de alta especialidad

Y Chirinos Chirinos; M Espejel Deloiza; M Díaz De La Rosa

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción y objetivos. En México, la atención pediátrica hospitalaria se gestiona tradicionalmente mediante subespecialización fragmentada en silos. Entre noviembre de 2024 y enero de 2025, se implementó de forma pionera la transición y consolidación del primer servicio de Pediatría Interna Hospitalaria (PIH) en un centro de tercer nivel del país. El objetivo es evaluar el impacto clínico-operativo de este modelo hospitalista mediante un análisis comparativo frente a la gestión tradicional previa. Métodos: Estudio retrospectivo y analítico que comparó indicadores de productividad y seguridad de una sala médica compleja (28 camas) durante febrero en un periodo de 5 años (2022-2026), identificando las fases de silos (2022-2023), transición (2024) y consolidación de PIH (2025-2026). Se evaluaron el censo total de

pacientes, estancia media, giro de cama (pacientes/cama/mes) e incidencia semestral de paros cardiorrespiratorios no esperados en salas de piso. Resultados: Bajo el modelo de silos, la sala reportó censos de 106 pacientes (2022) y 98 (2023). La transición generó una absorción masiva de la demanda (195 pacientes en 2024), alcanzando una meseta de alta eficiencia durante la consolidación (150 pacientes en 2025 y 152 en 2026). En el análisis comparativo de 2026, la sala PIH lideró el volumen hospitalario (152 pacientes) con la estancia media más baja (7.12 días vs. 9.8 días del promedio en salas tradicionales), ahorrando 2.68 días por paciente y liberando 407 días-cama mensuales. Esto duplicó la eficiencia del giro de cama (5.43 vs. 3.14 pacientes/cama). En seguridad, la vigilancia permanente del hospitalista mitigó el riesgo clínico, reportando 0 paros cardiorrespiratorios no esperados (0.0%) en el semestre, frente a 12 casos acumulados en salas generales de piso sin PIH. Conclusiones: La implementación del modelo de Pediatría Interna Hospitalaria demostró un incremento del 43% en la productividad operativa sin ampliar la infraestructura física. La presencia permanente del hospitalista optimiza la rotación de camas y es un factor preventivo crítico contra el deterioro clínico agudo y eventos adversos graves en salas generales. Primer Adjunto

37. Impacto de la hospitalización pediátrica en el mantenimiento de la lactancia materna y la autoeficacia materna

Ll. Rodríguez Gussinyer; P. Calvo Lluch; A. Plana Campas; G. Pons Tomàs; I. Sanjurjo Jiménez; R. García Romero; L. Baleta Riera; M. Fernández De Sevilla Estrach

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La lactancia materna (LM) constituye la forma de alimentación recomendada durante los primeros meses de vida. La hospitalización pediátrica puede interferir en su mantenimiento y afectar a la confianza materna para continuar con ella. La

autoeficacia materna se ha identificado como un factor determinante para el éxito de la LM, aunque existe escasa evidencia sobre su evolución durante los ingresos hospitalarios pediátricos. El objetivo fue evaluar el mantenimiento de la LM y la evolución de la autoeficacia materna durante la hospitalización en lactantes menores de 6 meses.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en una planta de hospitalización pediátrica, integrado en un proyecto de mejora de la atención a la lactancia materna con diseño antes-después, que incluye una intervención formativa dirigida a los profesionales sanitarios. Se incluyeron consecutivamente durante un mes lactantes menores de 6 meses con LM exclusiva o mixta al ingreso y estancia hospitalaria ≥ 24 horas. Las madres completaron la escala de autoeficacia Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) durante las primeras 24 horas del ingreso y al alta. Además, se recogieron variables clínicas y una encuesta sobre la experiencia y el apoyo recibido durante la hospitalización. Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas, de lactancia y de las puntuaciones BSES-SF. El reclutamiento continúa en la actualidad.

Resultados: Se incluyeron 20 lactantes y sus madres (

Conclusiones: En esta cohorte inicial, la hospitalización pediátrica no comprometió el mantenimiento de la lactancia materna y la autoeficacia materna permaneció globalmente estable. A pesar de una experiencia globalmente positiva, la baja percepción de apoyo específico en lactancia identifica una oportunidad de mejora susceptible de abordarse mediante intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios.

38. Impacto de la implementación de un protocolo de mastoiditis en el uso de antibioterapia y la estancia hospitalaria en pediatría.

Eva Gargallo Burriel; Iván Cano Cámara; Aleix Soler García; Carla Fernández De Retana Leris; Carla Donada

Mazarrón García; Andrea Aldemira Liz; Mariona Fernández De Sevilla Estrach; Juan José García García Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La implantación de protocolos asistenciales constituye una estrategia clave para mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria. En mayo de 2023 se actualizó el protocolo de manejo de mastoiditis aguda en un hospital de tercer nivel, promoviendo una reducción de la duración de la antibioterapia intravenosa y total en casos no complicados. El objetivo del estudio fue evaluar la adherencia al protocolo y su impacto en indicadores de calidad asistencial, incluyendo el uso de antibióticos y la estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo y comparativo en un hospital pediátrico, que incluyó pacientes ingresados por mastoiditis aguda no complicada entre enero de 2017 y abril de 2025. Se compararon dos periodos: pre-protocolo (enero 2017–mayo 2023) y post-protocolo (mayo 2023–abril 2025). Se analizaron indicadores de resultado, incluyendo duración de antibioterapia intravenosa (<5 días vs ≥ 5 días), duración total del tratamiento, estancia hospitalaria, reingresos a 30 días y secuelas a los 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes (131 pre y 72 post-protocolo). Tras la implementación del protocolo se observó un incremento significativo en el uso de pautas cortas de antibioterapia intravenosa (pre:38,9% vs post:73,6%; $p<0,001$), junto con una reducción de la duración mediana del tratamiento intravenoso (pre: 5[3–5] vs post: 4[3–5] días; $p=0,001$) y de la duración total de la antibioterapia (pre: 15 [14–21] vs post: 14 [14–21] días; $p=0,004$). La diferencia en la mediana de la estancia hospitalaria (pre: 5 [3–6] vs post: 4 [3–5] días) no presentó significación estadística ($p=0,256$). No se observaron diferencias significativas en la tasa de reingresos a los 30 días

($p=0,645$) ni en la aparición de secuelas a los 6 meses ($p=0,477$).

Conclusiones: La implantación del protocolo permitió reducir la duración de antibioterapia endovenosa y total sin incrementar eventos adversos, mejorando la eficiencia del proceso asistencial y pudiendo permitir una menor estancia hospitalaria. Estos resultados refuerzan la importancia de los protocolos como herramientas para homogeneizar la práctica médica, favorecer el uso racional de recursos y garantizar una atención segura y de calidad.

39. Impacto de nirsevimab sobre las hospitalizaciones por infección respiratoria del tracto inferior en menores de 2 años tras tres temporadas en un hospital de tercer nivel

Cristina Montero Valladares; Macarena Anchoriz Esquitino; María Isabel Díaz Flores; María Moreno Ortega; Borja Croche Santander Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos. Las infecciones respiratorias de tracto inferior (IRTI), especialmente las causadas por el virus respiratorio sincitial (VRS), constituyen una de las principales causas de hospitalización en menores de 2 años. La introducción de Nirsevimab durante la temporada 2023/24 ha supuesto un cambio relevante en la estrategia preventiva frente al VRS. El objetivo de este estudio fue evaluar su impacto sobre las hospitalizaciones, la gravedad y las características clínico-epidemiológicas de las IRTI en menores de 2 años.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se analizaron las hospitalizaciones por IRTI en menores de 2 años durante cinco temporadas consecutivas. Se compararon dos temporadas previas a la introducción de Nirsevimab (2021/22 y 2022/23) con las tres posteriores (2023/24-2025/26). Se evaluaron ingresos por cualquier etiología y por VRS, ingresos en UCIP, edad, estancia hospitalaria y distribución etiológica de los gérmenes.

Resultados: Se identificaron 1170 episodios de IRTI. La distribución por temporada fue de 311 en 2021/22, 382 en 2022/23, 164 en 2023/24, 133 en 2024/25 y 180 en 2025/26. Tras tres temporadas de inmunización se observó una reducción global del 54,1% de las hospitalizaciones por IRTI. Las hospitalizaciones por VRS descendieron un 69,1% y los ingresos en UCIP un 71,4%. El beneficio fue especialmente marcado en menores de 6 meses, con reducciones superiores al 80% en VRS. La mediana de edad de ingreso por VRS aumentó de 2 a 9 meses, sin cambios en la estancia hospitalaria (4 días). El VRS continuó siendo el principal agente etiológico, aunque con menor proporción global. Se observó incremento del rinovirus y aparición de bocavirus, parainfluenza y coronavirus no SARS-CoV-2. Las coinfecciones aumentaron hasta el 25,8% en 2025/26 frente al 18,9% en 2023/24.

Conclusiones: Nirsevimab se asocia a una reducción sostenida y relevante de hospitalizaciones y gravedad por VRS en menores de 2 años. Los hallazgos respaldan su efectividad en la práctica clínica y sugieren un cambio del patrón etiológico de las hospitalizaciones por IRTI, con mayor diversidad viral y aumento de coinfecciones, lo que apoya mantener una estrecha vigilancia epidemiológica.

40. Implantación de circuito para la realización de fisioterapia respiratoria en paciente crónico complejo

Lucía Ruiz Tudela ; Miguel Díaz Serrano ; Ana Belén Liron García ; Carmen Nicolás Gómez ; Nekane Jiménez Jativa ; Marta López Jesús ; Marta Robles García

Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia

Introducción: La pluripatología y la fragilidad del paciente crónico complejo pediátrico conlleva una mayor susceptibilidad a las infecciones respiratorias, que suponen un alto número de ingresos. Todo ello supone un alto impacto en el sistema sanitario y sobre todo a las familias.

Objetivos: Impulsamos la creación de un circuito urgente de valoración por parte de rehabilitación, con estos objetivos fundamentales:

Permitir al paciente continuar con la fisioterapia respiratoria tras la hospitalización de forma ambulatoria, evitando la lista de espera de las consultas para ser valorado inicialmente por el rehabilitador y posteriormente iniciar la fisioterapia:

Reducir el retraso en la realización de estas maniobras con un riesgo de reingreso del paciente.

Dar altas precoces, evitando ingresos prolongados que incrementan el gasto sanitario, riesgo de infecciones nosocomiales y el impacto sobre la familia.

Iniciar de forma precoz la fisioterapia respiratoria al inicio del cuadro respiratorio, permitiría de esta manera el manejo ambulatorio, disminuyendo el riesgo de ingreso, sobreinfección respiratoria.

Resultados: Desde la implantación en enero de 2025, hemos incluido a 7 pacientes. El 88% están afectados de patología neurológica, de diferentes etiologías, pero comúnmente presentan hipotonía, con escasa movilización de secreciones, alteraciones esqueléticas con capacidad pulmonar restrictiva. Solo una paciente muestra un síndrome malformativo con graves atelectasias pulmonares. Se ha realizado un total de 141 intervenciones en estos 18 meses, con una media de 20,14 sesiones por paciente. Tres de ellos recibieron el alta precoz por disponer de dispositivos de terapia respiratoria en domicilio. Con fisioterapia y valoración médica diaria en nuestra unidad, permitió la recuperación completa en domicilio. El 64,5% de la asistencia fue a demanda del paciente cuando iniciaron el cuadro respiratorio. Solo el 4,39% de estas acabó en ingreso.

Conclusión: es necesario abandonar el modelo tradicional de asistencia para estos pacientes, ya que beneficia de manera objetiva tanto al paciente, a las familias y al sistema

sanitario. La creación de este circuito ha permitido manejar de forma precoz muchas infecciones respiratorias por lo que hemos evitado ingresos, así como continuar tratamientos tras el alta para evitar reingresos.

41. Implantación de un programa de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en pediatría: experiencia en un centro de tercer nivel

P Villoldo Sánchez; M Pina Rodríguez; C González Redondo; C Lozano Albert; L Ruiz Rodríguez; H Gimeno Martínez; M Oltra Benavent; J Aliaga Vera
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Introducción y objetivos. El Tratamiento Antimicrobiano Domiciliario Endovenoso (TADE) pediátrico permite la administración de antibióticos parenterales fuera del ámbito hospitalario, ofreciendo una alternativa eficaz y segura al ingreso convencional. Su aplicación ha demostrado eficacia y seguridad en pacientes con enfermedades complejas, reduciendo infecciones nosocomiales, costes e impacto familiar, con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este trabajo es revisar el impacto de la implantación del programa TADE pediátrico durante 6 años en un centro de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo desde el año 2019 hasta el primer semestre de 2026 basado en pacientes pediátricos de 0 a 18 años incluidos en el programa TADE. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de proceso infeccioso, necesidad de tratamiento parenteral, mejoría clínica en las últimas 24-48 horas de ingreso hospitalario, curso predecible de la infección y condiciones sociofamiliares adecuadas. Quedaron excluidos pacientes con inestabilidad hemodinámica, indicación de cirugía, patología psiquiátrica no controlada o imposibilidad logística en domicilio.

Resultados: Durante los 6 años revisados, se incluyeron en el programa un total de 61 pacientes y se ahorraron 839 días de estancia hospitalaria. El año con más días de estancia hospitalaria ahorrados fue 2019 con un total de

233 días, siendo el menor el 2021 con 16 días. La media de días de hospitalización ahorrados fue de 14.

Se administraron 8 antibióticos distintos (meropenem, imipenem, ceftriaxona, ceftazidima, levofloxacino, vancomicina, daptomicina y tigeciclina). El 75% se encuentra dentro del grupo Watch de la clasificación AWARE de la OMS sobre resistencias antibióticas, mientras que el 25% se encuentra dentro del grupo Reserve. En cuanto al acceso vascular, los más utilizados fueron la vía periférica en el 30% de los casos, seguido del port-a-cath en el 27% de los pacientes.

Conclusiones: Los programas TADE son una alternativa segura y eficaz para la administración de antibioterapia parenteral en pediatría. Su aplicación supone un significativo ahorro en los días de hospitalización, con alto impacto económico y en calidad de vida.

42. Implantación de una unidad de hospitalización a domicilio pediátrica para el paciente agudo: retos y éxitos.

Alejandra Coccolo Góngora; María Rollán Martínez-herrera; Paula Díaz Fernández; Ana Bartolomé Manrique; Inés Díez Rueda; Olivia Mercedes Gómez Paz; Elena Pérez Belmonte; María Jesús Cabero Pérez Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción: la hospitalización a domicilio pediátrica para el paciente agudo existe en España desde 2018, siendo una opción segura y eficiente. Nuestro objetivo es describir los ingresos y los desafíos en la implantación de una unidad de hospitalización domiciliaria, describiendo las características sociodemográficas, patología y distribución geográfica.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica entre septiembre 2025 y junio 2026 en un hospital terciario.

Resultados: se realizaron 103 ingresos con mediana de edad de 4,4 años (RI 1,4-8,6) y un total de 559 días de ingreso (mediana de 4 días/ingreso, RI 2-5). La población estaba repartida en 24 municipios, solo el 33% en la misma ciudad que el hospital.

La causa de ingreso principal fue la necesidad de tratamiento intravenoso (85,4%). Las derivaciones se realizaron principalmente desde Pediatría (54,4%), seguido de Hematología (24,3%). Se objetivó una buena coordinación con los servicios centrales, realizándose pruebas complementarias en 51 ingresos (49,5%), incluyendo analíticas (78,4%), pruebas microbiológicas (23,6%), de imagen (21,6%) y farmacológicas (11,7%). Se utilizó la administración de tratamiento intravenoso en la mayoría de pacientes: 92% estaban instruidos para la retirada y 60,9% también para la administración. En 17 ingresos aprendieron a preparar la medicación, sin objetivar incidencias. El acceso venoso más utilizado fue la vía venosa periférica (76,5%), objetivando una alta tasa de incidencias (45,2%). No se objetivaron incidencias graves: un efecto adverso leve a medicación y 7 reingresos no programados (6,7%) por empeoramiento clínico o alteración de pruebas. La respuesta de las familias fue muy positiva (grado de satisfacción global de 5/5 en el 92,6%). El 100% aceptarían un nuevo ingreso domiciliario.

Conclusiones: la Hospitalización a Domicilio en nuestro centro ha supuesto una nueva modalidad de ingreso segura y bien aceptada por las familias, incluyendo buena respuesta a la autoadministración. Las limitaciones encontradas incluyen la dispersión geográfica, las incidencias con accesos venosos, y la escasa variabilidad del motivo de ingreso y del servicio de origen.

43. Implementación del PROA en pediatría en un hospital de tercer nivel: evaluación de la situación previa y perspectivas de mejora

A Moral Rubio; P Calzada Herguido; C Royo Torrijos; M Hervás Puig; F.a. González Fasanella; P Favier; P Suárez

Urquiza; M Oltra Benavent
Hospital Universitario Y Politécnico La Fe. Valencia

Introducción y objetivos. Los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) buscan reducir resistencias y mejorar la calidad asistencial.

El objetivo es analizar la situación basal del consumo antibiótico y grado de adecuación a las recomendaciones internas en un hospital terciario (enero-abril 2026), con el fin de detectar áreas prioritarias de mejora.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de consumo antibiótico hospitalario en dosis diarias de tratamiento (DDT) en secciones pediátricas médicas y quirúrgicas (excepto oncología, neonatología e intensivos pediátricos). No se realizaron intervenciones PROA previas ni durante el estudio. Se clasificaron los antibióticos según AWaRe (Access, Watch, Reserve) y se evaluó la tasa de desacuerdo con recomendaciones PROA consensuadas, valorando 4 aspectos: elección, duración, dosis y vía administración. Se realizó un análisis estadístico comparativo mediante odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se registraron 1.115 DDT. El grupo Watch fue predominante (55%), mientras que Access representó el 40%, por debajo del objetivo OMS ($\geq 60\%$). Reserve fue marginal.

El mayor problema de calidad se concentró en Watch, con desacuerdo cercano al 50%, frente a tasas menores en Access y mínimas en Reserve.

Las secciones con mayor inadecuación (OR elevado) fueron nefrología, aparato digestivo, urología y otras misceláneas quirúrgicas, mientras que enfermedades infecciosas (OR 0,03; IC 95: 0,01 a 0,08) y pediatría general (OR 0,65; IC 95: 0,48 a 0,88) mostraron mejor adecuación. Los principales focos de desvío fueron: profilaxis quirúrgica (elección y duración), infecciones respiratorias comunitarias (especialmente bronquiolitis) y escalada innecesaria a antibióticos de amplio espectro (piperacilina-tazobactam,

cefalosporinas 3ª generación y carbapenémicos). Destaca la adecuación terapéutica en infección urinaria con uropatía conocida (6,2%) y en infección osteoarticular (0%), ambos con asistencia compartida pediatría general-urología e infecciosas-traumatología, respectivamente.

Conclusiones: Existe un uso excesivo de antibióticos Watch con desviaciones de práctica clínica, mientras que los del grupo Reserve no suponen un problema. Las principales áreas de mejora incluyen profilaxis quirúrgica, manejo de infecciones respiratorias y racionalización del uso de antibióticos de amplio espectro. La sección de infectología actúa como referente de prescripción adecuada y la asistencia compartida emerge como herramienta de apoyo al PROA.

44. Infección por VRS en niños mayores de 2 años.

Redefiniendo los grupos de riesgo.

Felipe González Martínez; Berta Bermejo González; Salvador Nicolas Urquía Cutillas; María Isabel González Sánchez; Ana María Angulo Chacón; Alicia Fernández González; Sara Ruíz González; Rosa Rodríguez Fernández

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción y objetivos. La bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de hospitalización en lactantes. Su repercusión clínica en edades mayores no está completamente definida. Este estudio analiza las características epidemiológicas, clínicas y de gravedad de la infección por VRS en niños mayores de 2 años.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó niños de 2–15 años ingresados con infección por VRS entre el 1/01/2021 y el 31/12/2025. Los pacientes se dividieron en tres grupos: 2-3 años, 3-5 años y >5 años y se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. La gravedad se definió por necesidad de oxigenoterapia de alto flujo (OAF), ingreso en UCIP y estancia media. Se emplearon test de Chi cuadrado o Fisher y test de Kruskal-Wallis o Mann-Whitney, y regresión logística para

identificar factores de riesgo. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 151 pacientes con una edad de 37 (37-47) meses, 47% varones. La estancia media fue de 4,5 (3-6,6) días; 18,5% requirió OAF y 11,9% ingresó en UCIP. La distribución por edad: 2-3 años 70 niños, 3-5 años 60, y >5 años 21. En el estudio comparativo por edades, los menores de 3 y >5 años tenían más pacientes prematuros ($p < 0,03$), y los >5 años mayor número de coinfecciones ($p = 0,07$) y mayor número de ingresos en UCIP ($p = 0,02$).

El análisis de niños de 2-3 años, los pacientes prematuros presentaron estancias medias más prolongadas y mayor ingreso en UCIP de forma significativa (

En el análisis multivariante, la prematuridad se asoció de forma independiente con ingreso en UCIP ($OR = 15,6$; $p = 0,03$) en menores de 3 años. El uso de antibióticos también se asoció con mayor probabilidad de ingreso en UCIP ($OR = 8,0$; $p = 0,04$). No se encontró asociación significativa con la presencia de disnea ni con otros antecedentes.

45. Introducción de la fisioterapia respiratoria en pacientes menores de dos años con infecciones respiratorias en la planta de hospitalización pediátrica de un hospital general.

Claudia Vicente Andreo; Mercedes Toledo González; Lucía Ruiz Tudela; Miguel Díaz Serrano; Ana Belén Lirón García; Carmen Cros Cuellos; Irene Isabel Gómez Rodríguez; Carmen Nicolás Gómez
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

Introducción: Hasta los 2 años no hay un desarrollo de la ventilación colateral, por esto muestran con más frecuencia síntomas obstructivos durante las infecciones respiratorias, debido a que sus alveolos no tienen la capacidad de mantener la vía ventilada por medio de la ventilación colateral. Hace unos años se utilizaban técnicas de fisioterapia respiratoria clásica. Muchos estudios afirman su ineficacia. Sin embargo, las nuevas técnicas de despeje de las vías respiratorias (ACT), que permite una

movilización activa de secreciones están demostrando la mejora clínica. Objetivo general: Evaluar la eficacia clínica de la aplicación de técnicas de despeje de las vías respiratorias (ACT) como parte del tratamiento de las infecciones respiratorias en menores de 2 años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 16 pacientes menores de 2 años hospitalizados. Se analizaron variables clínicas pre y post-fisioterapia, incluyendo frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno, mejoría clínica subjetiva, así como mejoría en la tolerancia oral. Otras variables como necesidad de traslado o reingreso, o posibilidad de desescalonar la terapia de O_2 a las 24-48 horas de iniciar la fisioterapia. Se evaluó la asociación entre edad, diagnóstico y mejoría de FC y FR, así como la capacidad de desescalada terapéutica a las 24-48 horas mediante t-test y chi-cuadrado, test de ANOVA.

Resultados: La edad media fue 12,75 meses ($DE = 7,5$), con predominio masculino (75%). Los diagnósticos principales fueron bronquiolitis (43,8%) y broncoespasmo (43,8%). Tras una media de 2,8 sesiones de fisioterapia, se observó reducción significativa de FC (144,1 vs 123,4 lpm; $\Delta = 20,7$) y FR (45,0 vs 37,7 rpm; $\Delta = 7,3$). El 93,8% presentó mejoría subjetiva y el 56,3% permitió desescalada terapéutica. No se encontró asociación significativa entre edad ($p = 0,157$) ni diagnóstico ($p = 0,356$) con la capacidad de desescalada. Tampoco entre diagnóstico y mejoría de FC y FR a las 8-12 h de la sesión. Ninguno de nuestros pacientes tuvo que trasladarse a UCI, solo uno de ellos reingreso tras el alta.

Conclusiones: La fisioterapia respiratoria mostró mejoría clínica objetiva en parámetros cardiorrespiratorios y subjetiva con mejoría sintomática, mejora de la tolerancia oral. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para identificar predictores de respuesta terapéutica.

46. La UCI invisible: cuantificación de la carga asistencial asumida por las familias de niños con complejidad médica

Maria Teresa Montero Cebrian; María ángeles Bernal López; Carmen Sanchez Ramirez; Carlos Alberto González Bermúdez; Eva Maria Canelo Torres; Jaime Fernández Simón; Silvia García Martínez; Alexis Martínez
Cornet
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción: Los niños con patología crónica y complejidad (NPCC) presentan elevadas necesidades asistenciales, frecuentes ingresos hospitalarios y, en muchos casos, dependencia tecnológica. La atención domiciliaria permite su permanencia en el entorno familiar, pero transfiere a los cuidadores parte importante de los cuidados habitualmente realizados en entornos sanitarios especializados. Sin embargo, la magnitud real de esta carga asistencial continúa siendo poco conocida y escasamente cuantificada.

Objetivos: Cuantificar la intensidad de los cuidados domiciliarios asumidos por las familias de NPCC y analizar su relación con la dependencia tecnológica.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal realizado mediante encuesta anónima durante abril y mayo de 2026 a cuidadores principales de niños atendidos en una unidad regional de atención integral pediátrica. Se recogieron variables sociodemográficas, utilización de recursos sanitarios, dependencia tecnológica, vigilancia nocturna y repercusión laboral. Se

elaboró un índice de intensidad de cuidados (0-100) combinando carga terapéutica, tratamientos complejos y dispositivos tecnológicos. Se compararon pacientes con soporte tecnológico básico e intermedio mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Participaron 35 familias, 54% eran varones y 68% llevaba >1 año de seguimiento. Durante el último año, 60% precisaron al menos un ingreso hospitalario y 51% acudieron a urgencias ≥ 3 ocasiones.

Respecto a la dependencia tecnológica: 77% utilizaban algún dispositivo domiciliario; 26% portaba gastrostomía, 11% ventilación mecánica no invasiva, 11% válvula de derivación ventriculoperitoneal. El 94% de los cuidadores refirió mantener vigilancia nocturna por riesgo de complicaciones (60% siempre o casi siempre) y >50% tuvieron repercusión laboral por los cuidados. La intensidad global alcanzó una mediana de 44 puntos (P25-P75: 33-54), siendo significativamente superior en pacientes con soporte tecnológico intermedio respecto al grupo básico (51 [45-71] frente a 37 [26-49]; $p=0,002$).

Conclusiones: La intensidad de los cuidados aumenta significativamente con la dependencia tecnológica, evidenciando que los cuidadores asumen en el hogar funciones complejas de monitorización, tratamiento y respuesta ante complicaciones. Reconocer y cuantificar esta carga resulta fundamental para diseñar programas de apoyo, respiro familiar y atención domiciliaria centrados en las necesidades reales de los cuidadores. Estos hallazgos ponen de manifiesto la existencia de una auténtica “UCI invisible” sostenida diariamente por las familias fuera del hospital

47. Manejo del absceso periamigdalino en población pediátrica

Carla Badias Morell; Jordi Busquets Conangla; Maria Melé Casas; Eva Gargallo Burriel; Aleix Soler Garcia; Mariona Fernandez De Sevilla Estrach
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. El absceso periamigdalino (AP) es la infección cervical profunda más frecuente en la edad pediátrica y una posible complicación de la amigdalitis aguda. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, el manejo terapéutico y los factores asociados al uso de corticoides sistémicos y a la necesidad de drenaje quirúrgico en pacientes pediátricos con AP.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital pediátrico

de tercer nivel. Se incluyeron pacientes menores de 18 años diagnosticados de AP entre octubre de 2023 y julio de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, microbiológicas y terapéuticas. Los factores asociados al uso de corticoides y a la necesidad de drenaje quirúrgico se evaluaron mediante análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes, con una mediana de edad de 12 años; el 45,9% eran varones. Los hallazgos clínicos más frecuentes al diagnóstico fueron fiebre (79,6%), abombamiento del pilar amigdalino (80,1%) y trismus (47%). Todos los pacientes recibieron antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico.

El 76,8% recibió corticoterapia sistémica. Estos pacientes presentaron una mayor duración total del tratamiento antibiótico (14 frente a 10 días; $p < 0,001$).

El 39,8% precisó drenaje mediante punción-aspiración o incisión quirúrgica. Los pacientes drenados eran de mayor edad que aquellos tratados de forma conservadora (14 frente a 10,5 años; $p = 0,009$). El uso de corticoides y la presencia de trismus se asociaron con una mayor necesidad de drenaje (46%; $p = 0,01$ y 50,6%; $p = 0,04$, respectivamente). Las complicaciones fueron infrecuentes (1,7%), registrándose dos abscesos parafaríngeos y un absceso retrofaríngeo. No se observaron diferencias significativas en la tasa de reingresos entre los pacientes sometidos a drenaje y aquellos que no lo precisaron.

Conclusiones: El AP continúa siendo una patología frecuente en la población pediátrica, especialmente en adolescentes. La mayoría de los pacientes presentan una evolución favorable con antibioterapia, asociada o no a corticoterapia. La presencia de trismus podría ayudar a identificar casos con mayor probabilidad de requerir drenaje. Estos resultados respaldan el manejo conservador en casos seleccionados y la reducción de procedimientos invasivos.

48. Más allá de la vía periférica convencional: experiencia con PICC y MIDLINE en pediatría hospitalaria

Anna Serra Camañes; David Cabrero Araujo; Gemma Pons Tomàs; Maria Hernández García; Maria Melé Casas; Sara Palou Camps; Luis García Costa; Mariona Fernández De Sevilla Estrach
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción: El mantenimiento del acceso venoso en pacientes pediátricos hospitalizados es un reto y puede implicar realizar múltiples punciones venosas. Esto supone una experiencia traumática y reduce la disponibilidad de futuros accesos. Alternativamente, los catéteres venosos de línea media (midline) y los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) tienen mayor duración. Sin embargo, la evidencia en pacientes pediátricos hospitalizados es limitada. **Objetivos:** Analizar las características, indicaciones, duración y complicaciones de los dispositivos PICC y midline. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes de 0 a 18 años hospitalizados durante 2025 portadores de un catéter midline o un PICC durante el ingreso, insertados por el equipo de enfermería especializado. Se analizaron como variables principales la indicación del dispositivo y las complicaciones registradas (infección, trombosis, oclusión, extravasación, desinserción, rotura y flebitis). También se recogieron variables del paciente, del dispositivo y de la inserción. **Resultados:** Durante 2025 se colocaron 334 dispositivos venosos, 183 PICC y 151 midline. Los pacientes portadores de midline presentaron menor edad y peso que los portadores de PICC ($p < 0,01$). La principal indicación fue antibioterapia prolongada (42,2%), seguida de quimioterapia (18,0%) y nutrición parenteral (10,2%). La duración del dispositivo fue superior en los PICC, con una mediana de 14 días (RIC 8-24), frente a 10 días (RIC 6-16) en los midline ($p < 0,01$). La tasa global de complicaciones fue del 23,3% ($n=78$), sin diferencias significativas según el tipo de

dispositivo. La complicación más frecuente fue la sospecha de infección (7,2%), confirmada en 9 casos (2,7%). La trombosis y la oclusión motivaron la retirada en el 5,0% de los casos cada una. En el momento de la retirada, los PICC conservaron el reflujo con mayor frecuencia que los midline (62,9% vs. 37,1%, $p<0,01$). Conclusiones: Los catéteres PICC y midline permitieron completar el tratamiento en la mayoría de los pacientes, con una baja incidencia de complicaciones graves. Los PICC presentaron mayor duración y mantenimiento del reflujo con más frecuencia. La baja incidencia de infecciones confirmadas observada en nuestra cohorte respalda la seguridad de estos dispositivos en la práctica clínica habitual.

49. Más allá del traslado: primeros resultados de un sistema especializado de transporte crítico neonatal y pediátrico

Silvina Muedra (1); Mar Gomis (1); Mauro Fernández (2); Jennifer Jiménez (1); María Marco (1); Claudia López (2); Raquel Escrig (1); Rosa Morín (3) (1) Hospital La Fe Valencia; (2) Hospital Clínico Valencia; (3) SESC

Introducción y objetivos. Los sistemas especializados de transporte crítico neonatal y pediátrico continúan siendo escasos en España. Sin embargo, la evidencia internacional y la experiencia de programas consolidados muestran una reducción superior al 50% de las complicaciones asociadas al traslado cuando este es realizado por equipos específicamente entrenados en cuidados críticos pediátricos. En noviembre de 2025 se implantó en la provincia de Valencia un sistema específico de transporte crítico neonatal y pediátrico, coordinado por el CICU y dotado de personal pediátrico especializado. El objetivo de este estudio es describir la actividad desarrollada durante los seis primeros meses de funcionamiento y evaluar sus indicadores iniciales de actividad y seguridad.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los traslados realizados entre noviembre de 2025 y abril de 2026. Se analizaron

variables demográficas y asistenciales, tiempos de respuesta, tipo de patología, soporte respiratorio requerido, intervenciones efectuadas por el equipo de transporte e incidencias registradas.

Resultados: Durante los primeros seis meses desde la puesta en marcha de este sistema se realizaron 91 traslados interhospitalarios, 50 (54,9%) pediátricos y 41 (45,1%) neonatales. El tiempo medio entre la activación y la salida del recurso fue de 46 minutos (mediana: 36 minutos). Entre los pacientes pediátricos predominó la población de menor edad, siendo 26 de los 50 traslados (52%) correspondientes a menores de 2 años. En el grupo neonatal, aunque la mayoría de los pacientes trasladados fueron recién nacidos prematuros tardíos o a término, el sistema también atendió casos de elevada complejidad clínica, incluyendo un recién nacido de 23 semanas de edad gestacional y 570 gramos de peso al nacimiento. La patología respiratoria constituyó el principal motivo de traslado representando más de la mitad de los casos, y aproximadamente el 70% de los pacientes precisaron algún tipo de soporte respiratorio, en su mayoría de tipo no invasivo. Durante la asistencia, el equipo especializado realizó 24 procedimientos avanzados, entre ellos intubación endotraqueal, canalización de accesos vasculares, drenaje pleural y manejo de soporte vasoactivo. Se registraron 31 incidencias, relacionadas principalmente con aspectos logísticos, de coordinación y material fungible.

Conclusiones: La implantación de un sistema especializado de transporte crítico neonatal y pediátrico ha permitido proporcionar atención homogénea y especializada durante el traslado interhospitalario de pacientes de elevada complejidad. Los resultados iniciales muestran capacidad para atender un amplio espectro de pacientes críticos y realizar intervenciones avanzadas durante el transporte, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente y la equidad en el acceso a los cuidados críticos pediátricos en toda la provincia.

50. Meningitis aguda en pacientes pediátricos hospitalizados (2020-2025): características clínicas y factores asociados a complicaciones

Mario San Nicolás Tarancón; Teresa Herranz Araujo; Iván Cano Cámara; Marta Agüera Jorge; Carla González Grado; Mariona Fernández De Sevilla Estrach; Juan José García García
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La meningitis aguda continúa siendo una patología grave en pediatría y una causa relevante de morbilidad. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y evolutivas de la meningitis infecciosa en pacientes pediátricos hospitalizados, así como identificar factores asociados a la aparición de complicaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo incluyendo pacientes ingresados por meningitis aguda (2020-2025) en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas, clínicas y microbiológicas. Se realizó un análisis descriptivo y se evaluaron factores asociados a la aparición de complicaciones mediante análisis bivariante.

Resultados. De un total de 122 pacientes, el 59% eran del sexo masculino. La edad mediana fue de 14 meses (RIC:0–73). El estado vacunal fue adecuado en el 61,7% de pacientes, no iniciado 31,7%, incompleto 5,8% y el 0,8% eran no vacunados.

El 47,5% correspondieron a meningitis bacteriana y el 44,3% a viral. El agente más frecuente fue enterovirus (33,6%), seguido de *Streptococcus pneumoniae* (15,6%), *Neisseria meningitidis* (9%) y *Escherichia coli* (9,8%). En el 13,9% de los casos no se identificó germen.

La combinación de cefotaxima y ampicilina fue la pauta antibiótica más utilizada (24,6%), seguida de cefalosporinas de tercera generación en combinación con vancomicina (23%) y cefalosporinas de tercera generación en monoterapia (21,3%). La duración del tratamiento antibiótico presentó una mediana de

7 días (RIC: 5–10 días), y la estancia hospitalaria una mediana de 7 días (RIC: 5–9 días).

Se registraron complicaciones en el 19,7% de los casos. Se analizaron niveles de proteína C reactiva (PCR), clínica neurológica al ingreso y la edad como posibles predictores. Los pacientes con complicaciones presentaron niveles significativamente más elevados de PCR respecto a aquellos sin complicaciones (174mg/L [RIC: 115,5–261,9] vs 20,9mg/L [RIC: 9,2–42,5]; $p<0,001$). Los pacientes con clínica neurológica al ingreso presentaron más complicaciones (30,9% vs 10,6%; $p<0,005$). La edad no se asoció con la presencia de complicaciones ($p=0,681$).

Conclusiones. La meningitis aguda infecciosa representa una causa relevante de ingreso hospitalario en pediatría. En nuestra serie, tanto los niveles elevados de PCR como la presencia de clínica neurológica al ingreso se asociaron a una mayor frecuencia de complicaciones.

51. Metapneumovirus humano en pediatría hospitalaria: características clínicas y epidemiológicas de una cohorte multicéntrica

P. A. Bukielska (1); M. Aldaba Anaut (1); S. Alcolea Ruiz (2); C. Calvo Rey (2); M. L. García García (3); P. Alonso López (3); M. Arroyas Sánchez (3); R. Blanco Villar (1)
(1) Hospital Universitario La Paz; (2) Hospital Universitario La Paz. Idipaz. CIBERINFEC; (3) Hospital Universitario Severo Ochoa. CIBERINFEC

El metapneumovirus humano (hMPV) es una causa frecuente de infección respiratoria aguda de vías bajas en la edad pediátrica. La introducción de nirsevimab frente al virus respiratorio sincitial (VRS) ha reducido significativamente la carga de enfermedad asociada a este virus, pudiendo modificar el papel de otros patógenos respiratorios como el hMPV. Sin embargo, los datos sobre las características clínicas y epidemiológicas de esta infección en la población pediátrica son aún limitados.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes pediátricos

hospitalizados con infección por hMPV en una cohorte multicéntrica.

Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo realizado en dos hospitales terciarios de una comunidad autónoma española entre 2020 y 2025. Se incluyeron 445 pacientes pediátricos con infección por hMPV confirmada microbiológicamente, recogiendo variables demográficas, clínicas, analíticas, y microbiológicas. El análisis se realizó mediante pruebas de comparación entre grupos y cálculo de odds ratio con IC95%, considerando significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 445 pacientes con infección por hMPV. La edad media fue de 24,48 meses y 70,6% tenía ≤ 2 años. Un 24,7% de los pacientes padecían patología crónica previa y un 19,4% eran prematuros. Los diagnósticos más frecuentes fueron neumonía (31%), bronquiolitis (28,5%) y sibilancias/crisis asmática (25,8%). El 85,8% presentó hipoxia, con necesidad de soporte respiratorio con alto flujo en el 38,8%. El 14,2% de los pacientes precisó ingreso en Cuidados Intensivos Pediátricos.

En las pruebas complementarias se registró que la proteína C reactiva presentaba una media de 54,59mg/L (DE 91,85). Los hallazgos radiológicos fueron compatibles con infiltrado y/o atelectasia en el 75,5% de los casos. La mitad de los pacientes recibió tratamiento antibiótico (51,4%).

Se detectó coinfección viral en el 50,8%, principalmente por rinovirus (30,1%), siendo estos pacientes significativamente más jóvenes, sin diferencias en gravedad clínica.

El 46,96% de los ingresos con infección por hMPV tuvieron lugar tras la introducción del nirsevimab. Además, las infecciones en este periodo se asociaron a mayor duración de la hipoxia, y mayor frecuencia de coinfecciones virales.

Conclusiones: El hMPV es una causa relevante de hospitalización pediátrica, con importante gravedad clínica y persistencia tras la

instauración del nirsevimab, requiriendo vigilancia epidemiológica continua.

52. Modificaciones en el perfil clínico del virus respiratorio sincitial tras la implementación de nirsevimab en pediatría, ¿menos bronquiolitis o más patología en niños mayores?

Remedios Ros Gracia; Lydia Quintana Garcia De Dionisio; Rocío Torres Aceituno; María Tovar Jaime; María José De La Torre Aguilar
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción y objetivos. La infección por virus respiratorio sincitial (VRS) constituye una de las principales causas de hospitalización en lactantes y niños pequeños. La introducción de nirsevimab como estrategia de inmunización frente al VRS podría haber modificado el perfil clínico y asistencial de esta infección. El objetivo del estudio fue comparar las características clínicas, epidemiológicas y asistenciales de los pacientes pediátricos con infección por VRS en dos temporadas epidémicas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes menores de 14 años con infección por VRS confirmada microbiológicamente en un hospital terciario durante las temporadas 2022–2023 y 2024–2025. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico clínico, estado de inmunización, necesidad de hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), oxigenoterapia y soporte nutricional. Se compararon ambas cohortes mediante análisis estadístico inferencial.

Resultados: Se incluyeron 475 pacientes, 371 correspondientes a la temporada 2022–2023 y 104 a la temporada 2024–2025. En la segunda temporada se observó una reducción del número de casos confirmados atendidos y un desplazamiento hacia pacientes de mayor edad, con un incremento de la edad media de 10,66 a 17,09 meses ($p < 0,001$). La proporción de bronquiolitis descendió significativamente del 63,6% al 26,9% ($p < 0,001$), mientras que las infecciones respiratorias bajas aumentaron del

17,5% al 46,2% ($p < 0,001$). Asimismo, se objetivó una reducción significativa de los ingresos en UCIP y del empleo de sonda nasogástrica. No se encontraron diferencias significativas en la duración de la hospitalización ni en los requerimientos de oxigenoterapia.

Conclusiones: Tras la introducción de nirsevimab se observa una disminución de los casos de VRS atendidos, un desplazamiento de la infección hacia edades más avanzadas y una menor utilización de recursos hospitalarios. Estos hallazgos sugieren un cambio en el perfil clínico y asistencial de la infección por VRS en la población pediátrica.

53. Patología respiratoria aguda en hospitalización a domicilio frente a hospitalización convencional

Ana María Angulo Chacón (1); Juan Pablo Gutierrez López (2); Teresa Eizaguirre Fernández-palacios (1); Nuria Pedruelo Reyes (1); Marta Pintó Rubio (1); Alicia Fernández González (1); Katie Badillo Navarro (1); Rosa Rodríguez Fernández (1)
(1) Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón; (2) Universidad Complutense de Madrid

Introducción y objetivos. La patología respiratoria aguda es una de las principales causas de ingreso en pediatría. El modelo de Hospitalización a Domicilio (HaH) se presenta como una alternativa asistencial frente a la Hospitalización Convencional. El objetivo de este estudio es comparar evolución clínica, seguridad y manejo de pacientes con patología respiratoria aguda en HaH frente a la hospitalización convencional.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico de cohortes prospectivo en un hospital terciario entre septiembre de 2025 y febrero de 2026. Se incluyeron pacientes con patología respiratoria aguda que precisaron ingreso tanto en hospitalización convencional como HaH. Se compararon variables de estancia media, reingreso a 30 días, pruebas complementarias y tratamiento recibido. Los datos se analizaron con el programa R Studio.

Resultados: Se incluyeron 357 pacientes de los cuales 301 eran de Hospitalización Convencional y 56 de HaH. No se encontraron diferencias en ambos grupos en cuanto a diagnóstico y gravedad. El grupo de HaH presentó una edad significativamente mayor [33,5 (20-63,7) frente a 22 (11-48) meses; $p=0,02$]. No hubo diferencias en la estancia media [5 (3-6) frente a 4 días (4-6); $p=0,18$] ni en los días de oxigenoterapia [3(2-4) frente a 3 (2-5); $p=0,56$]. En HaH se utilizó más ecografía pulmonar (44,6% frente a 15,9%; $p<0,01$) y menos radiografía de tórax (3,6% frente a 50,8%; $p<0,01$). La tasa de reingreso a los 30 días fue equivalente en ambos grupos (5,4% HaH frente a 5% convencional; $p=0,99$). Los pacientes de convencional que fueron derivados a HaH, presentaron una estancia media significativamente menor [4 (2-5) frente a 5 (4-7); $p=0,009$] respecto a los que no eran derivados. El análisis multivariante confirmó que la HaH no aumenta de forma independiente el riesgo de reingreso ni la estancia media.

Conclusiones: La Hospitalización a Domicilio en pediatría es una alternativa segura y eficaz para el manejo de la patología respiratoria aguda ya que mantiene los estándares de calidad y seguridad de la hospitalización convencional, además para su desarrollo se usan pruebas menos invasivas y se mantiene el bienestar del entorno familiar.

54. Percepción del personal sanitario sobre la utilidad e implantación de la escala de alerta precoz infantil en un hospital comarcal

Juana Abril Béjar ; Laura Hernández Sabater
Hospital Comarcal del Noroeste, área IV salud, Región de Murcia

Introducción y objetivos. Los sistemas de alerta precoz miden el riesgo de deterioro agudo de pacientes para iniciar precozmente intervenciones que modifiquen el curso clínico evitando empeoramiento. El Sistema de Alerta Precoz Infantil (SAPI) desarrollado por el Sistema Nacional de Salud, recogido en la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria

(SEPIH), ha sido adaptado del modelo Pediatric Early Warning System (PEWS) y a su vez de modelos iniciales procedentes de adultos. Dada la importancia y escasos estudios en hospitales comarcales, se plantean como objetivos evaluar la utilidad percibida por parte del personal sanitario y determinar conocimiento previo.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal, seleccionando personal médico y de Enfermería del área pediátrica de un hospital comarcal como población diana. Las variables han sido recogidas mediante un cuestionario adaptado de elaboración propia ad hoc dado el no hallazgo de otro estandarizado validado para el objetivo principal. Está compuesto por preguntas valorando respuestas mediante escala Likert (1-5). Los datos han sido recopilados mediante formulario digital electrónicamente.

Resultados: Aunque la experiencia profesional difiere, más del 80% conocía la existencia del sistema y una amplia mayoría había recibido formación, destacando con grado de conocimiento medio. Existe nivel medio-bajo en homogeneidad de criterios de detección con amplia coincidencia en alto nivel de disminución de efectos adversos evitables, mejorando detección precoz de deterioro con su aplicación especialmente en jornada nocturna y festiva. Disposición elevada a su uso rutinario considerada necesaria su implantación por más del 80% de los sujetos.

Conclusiones: Al igual que la Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (PaSQ) indicó su implementación como práctica clínica segura en 2015, los profesionales coinciden en mejora de seguridad del paciente, homogeneización de monitorización y unificación de criterios, destacando como áreas de mejora la detección precoz del deterioro y la dispersión en la falta de tiempo para su implantación. Dado el volumen asistencial, es factible su uso como herramienta de trabajo en equipo y para mejora de comunicación. En contraposición, la falta de

registro digital, formación y resistencia al cambio destacan como barreras, no la falta de personal.

55. Perfil de los pacientes ingresados por anemia en pediatría en un hospital de segundo nivel: estudio retrospectivo de 10 años

Andrea Mollá álamo ; Malena Pena Lahoz; Mar Peris Sendra ; Aina Beetomeu Bertomeu; Julia Minyana Olivares ; Carlos Miguel Angelats Romero
Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia

Introducción y objetivos. La anemia constituye una causa relevante de ingreso hospitalario en Pediatría e incluye entidades de etiología diversa, desde déficits nutricionales hasta enfermedades hematológicas potencialmente graves. El objetivo fue describir el perfil epidemiológico, clínico, analítico, etiológico y terapéutico de los pacientes ingresados por anemia en un hospital de segundo nivel durante 10 años.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos ingresados con diagnóstico principal de anemia entre 2016 y 2026. Se recogieron variables demográficas, manifestaciones clínicas, parámetros analíticos, etiología, tratamiento administrado y evolución posterior.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes, de los cuales 19 (61,3%) eran mujeres. La edad mediana fue de 8 años (rango: periodo neonatal-14 años). La hemoglobina media al ingreso fue de 6,7 g/dL, con un valor mínimo de 2,9 g/dL. Diecisiete pacientes (54,8%) presentaban anemia grave (Hb <7 g/dL). Los síntomas más frecuentes fueron astenia (29,0%), palidez (16,1%) y fiebre (6,5%), mientras que el 25,8% permanecieron asintomáticos. La etiología predominante fue la anemia ferropénica o secundaria a pérdidas crónicas (18 casos; 58,1%), seguida de las anemias hemolíticas (8 casos; 25,8%). Catorce pacientes (45,2%) precisaron transfusión de concentrados de hematíes y 13 (41,9%) recibieron hierro intravenoso. Cinco de los pacientes transfundidos presentaban anemia

ferropénica o secundaria a pérdidas crónicas, mientras que el 100% de los tratados con hierro intravenoso pertenecían a este grupo etiológico. Entre las anemias ferropénicas o secundarias a pérdidas crónicas, los pacientes transfundidos presentaron menor hemoglobina al diagnóstico (5,3 frente a 6,9 g/dL), mayor frecuencia de pérdidas crónicas asociadas, especialmente sangrado menstrual abundante en adolescentes, y mayor carga sintomática. Las etiologías congénitas y oncohematológicas mostraron una elevada necesidad transfusional. La mayoría de los pacientes presentó recuperación progresiva de las cifras de hemoglobina durante el seguimiento.

Conclusiones: La anemia ferropénica continúa siendo la principal causa de ingreso por anemia en Pediatría y la principal indicación de hierro intravenoso. En este grupo, una menor hemoglobina al diagnóstico, la presencia de pérdidas crónicas y una mayor carga sintomática se asociaron con una mayor necesidad de transfusión. La identificación precoz de estos pacientes podría optimizar el manejo terapéutico y reducir la morbilidad asociada.

56. Protocolo de sedoanalgesia en pacientes TEA para procedimientos en hospital de día pediátrico

Mercedes Toledo González; Caludia Vicente Andreo; Lucía Ruiz Tudela; Marina Párraga Espín; Carmen Cros Cuellos; Irene Isabel Gómez Rodríguez; Lucía García Vizcaíno; Alberto Jiménez Martínez
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

Introducción y objetivos. Los pacientes con trastornos del espectro autista (TEA) muestran dificultades en la comunicación e interacción social. Estas características dificultan el manejo sanitario y la realización de pruebas complementarias. Exponemos el protocolo elaborado en nuestro hospital para extracciones sanguíneas en pacientes TEA, en hospital de día pediátrico. El objetivo principal es minimizar el estrés y la ansiedad del paciente al abordarlo para

realizar procedimientos poco dolorosos como puede ser una extracción sanguínea.

Materiales y método: Nuestros pacientes tienen entre 5 y 16 años. Hemos realizado actualmente 6 procedimientos todos con éxito, sin complicaciones y con adecuada colaboración del paciente. Todos con óxido nitroso, sin necesidad de requerir ninguna otra medida de ansiólisis ni analgesia.

Resultados: Nuestro protocolo de desarrolla así:

Realizar una entrevista personal con el médico y personal de enfermería encargados de realizar los procedimientos.

El día de la entrevista, se realizan fotografías del entorno y del paciente con el personal sanitario, para que vuelva a reconocerlos el día del procedimiento.

Administramos una cartulina con pictogramas explicando el procedimiento.

Si el paciente se muestra colaborador se intenta la ansiólisis con óxido nitroso, por ello se da una mascarilla similar a las que utilizamos, para que practique en casa. Si el paciente no se muestra colaborador, se administrará a su llegada un jarabe de midazolam que administramos en dosis de 0,5-1mg/kg.

El día del procedimiento, le toman constantes y se coloca crema anestésica tópica (EMLA) en flexuras cubitales. Dejamos que se ambiente con el entorno. Tras 30 minutos se inicia la inhalación de óxido nitroso y una vez el paciente se encuentre tranquilo se realiza la extracción.

Conclusiones: Este protocolo ha dado resultados exitosos en todos los pacientes, gracias a una adecuada colaboración familiar. Se ha visto un buen efecto ansiolítico, permite un manejo menos agresivo, con mejor recuperación, menor uso de fármacos para sedación.

En los pacientes en los que se ha realizado en varias ocasiones, esto ha permitido incluso, que lo incorporen como rutina, lo que ha

llevado a una aceptación excelente del procedimiento.

57. Protocolo de verificación de correcta ubicación de SNG en paciente con nutrición enteral. Una asignatura de seguridad pendiente en nuestro medio

Marta Germán Díaz; Isabel Gimeno Sánchez; Raquel Nuñez Ramos; Elena Martos Anguita; Celia Bueno Suarez; David Belillas Núñez; Juan Jesús Sanchez-cañete Bernal; Nerea Salmón Rodríguez
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: El uso de la sonda nasogástrica (SNG) para la administración de nutrición enteral (NE) es una práctica habitual en pediatría. Existe un riesgo potencial de colocación errónea de la SNG con cada inserción, pudiendo ser causa de complicaciones graves. Sin embargo, no existe un protocolo estandarizado para verificar la correcta ubicación de la SNG.

El objetivo inicial fue conocer la práctica habitual en relación a la colocación de SNG en diferentes centros de nuestro país y tras analizar dichos resultados se propone un protocolo para nuestro centro.

Material y métodos: Estudio transversal, que se llevó a cabo a partir de una encuesta distribuida a través de la lista de correo de la sociedad española de gastroenterología, hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP). El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS 25.0

Resultados: Participaron 43 centros: 29 hospitales de tercer nivel, 9 de segundo nivel, 2 comarcales, 2 privados y 1 centro de salud. 16 centros (37.2%) tenían un protocolo para la colocación y comprobación de las SNG. La técnica más empleada para comprobar la SNG fue la auscultación de aire instilado (60.5%), seguida de la radiografía (18.6%), inspección visual del contenido aspirado (14 %) y medición del pH del contenido aspirado (7%). Ningún centro usa la ecografía.

Tras la realización de la encuesta, compartirla en el congreso de la SEGHNP y

verificar falta de consenso entre expertos. Se realiza revisión de la bibliografía y se diseña un protocolo para la comprobación de SNG para nuestro centro que contempla el uso de radiografía de tórax-abdomen o tira reactiva de pH según ciertos criterios de riesgo. (Ver imagen adjunta)

Conclusiones: En los centros consultados, la auscultación es el método más empleado para comprobar la SNG a pesar de estar desaconsejado su uso. La mayoría de los centros utiliza radiografía en paciente seleccionados y tiras de pH gástrico de forma excepcional.

La creación y difusión de un protocolo para la comprobación de SNG es una necesidad de seguridad hospitalaria que hemos comenzado a implementar en nuestro centro.

58. Sedación para procedimientos no dolorosos con dexmedetomidina intranasal en pediatría

Luis Bachiller Carnicero; Leticia María González Martín; María Collada Carrasco; Ana Sánchez Pérez
Hospital General de Segovia

Introducción y objetivos. La dexmedetomidina (agonista de receptores alfa-2-adrenérgicos) vía intranasal, se utiliza cada vez más en población pediátrica para sedación en procedimientos no dolorosos, pese a encontrarse fuera de ficha técnica. Se compara eficacia, eficiencia y seguridad de la dexmedetomidina intranasal respecto a los sedantes tradicionales durante procedimientos pediátricos no dolorosos.

Métodos: Estudio observacional analítico pre-post no aleatorizado que incluyó sedaciones realizadas para procedimientos no dolorosos entre enero de 2024 y diciembre de 2025 en un hospital secundario en urgencias y hospitalización. Se excluyen aquellos pacientes con discapacidad neurológica severa, cardiopatía hemodinámicamente significativa o con historia clínica incompleta. Se realiza comparación del uso de dexmedetomidina intranasal en solitario frente a otras pautas sin dexmedetomidina

(hidrato de cloral, ketamina, midazolam o propofol en solitario o mediante combinación).

Resultados: Se realizaron 92 sedaciones durante el periodo de estudio; incluyéndose 78 pacientes tras aplicar los criterios de exclusión. La mediana de edad fue de 43,5 meses (rango intercuartílico 29,1-56,4); el 65,3 % eran varones. El 97,4 % pertenecía a la categoría ASA-I de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, y el 94,8 % presentaba una clasificación Mallampati de clase I. Los potenciales auditivos del tronco encefálico representaron el 47,4% de los procedimientos realizados mientras que la tomografía axial computarizada cerebral el 41,0% de los procedimientos. Se utilizó dexmedetomidina intranasal a 2 mcg/kg en el 73 % de las sedaciones. Los sedantes distintos de la dexmedetomidina se asociaron con más eventos adversos (odds ratio 4,17; intervalo de confianza del 95 %: 2,75–6,32) y un mayor número de sedaciones insuficientes (razón de probabilidades 4,25; intervalo de confianza del 95 %: 1,16–19,84). La estancia media fue de $125,6 \pm 35,3$ minutos frente a $325,0 \pm 176,1$ minutos. La mediana del inicio del efecto fue de 14,8 minutos y la duración de la sedación, de 67,2 minutos.

Conclusiones: La dexmedetomidina intranasal es eficaz y segura para la sedación leve-moderada en procedimientos pediátricos no dolorosos. Presenta menos efectos adversos, un inicio de acción más rápido, una recuperación más breve y una estancia hospitalaria notablemente más corta que con los sedantes tradicionales.

59. Simulación clínica en hospitalización domiciliaria pediátrica: una herramienta para mejorar la seguridad y detectar oportunidades de mejora

Isabel Sanjurjo Jiménez; Laura Alías Rodríguez; Aina Martínez Planas; Laura Montfort Carretero; Saray Álvarez Román; Alba Pablo Puchal; Irene Bonifacio Plaza; Juan José García García
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La hospitalización domiciliaria pediátrica (HAD) traslada la atención sanitaria a un entorno menos controlado, con recursos limitados y elevada dependencia de la coordinación entre profesionales. Aunque los pacientes suelen estar clínicamente estables, pueden surgir situaciones críticas que requieren una respuesta adaptada al domicilio. La simulación clínica constituye una herramienta útil para entrenar escenarios infrecuentes, reforzar habilidades técnicas y no técnicas e identificar áreas de mejora en seguridad del paciente. El objetivo fue desarrollar sesiones de simulación clínica en entorno domiciliario y evaluar la satisfacción del equipo, así como detectar puntos de mejora en la gestión de crisis.

Material y métodos: Se diseñó un programa de simulación basado en principios de Crisis Resource Management (CRM), dirigido a equipos naturales de pediatría y enfermería de una unidad de HAD pediátrica. Las sesiones se realizaron en un domicilio simulado de alta fidelidad e incluyeron un actor como familiar. Cada actividad constó de prebriefing, dos escenarios clínicos (crisis asmática grave y sospecha de sepsis) y debriefing estructurado. Duración total: dos horas. Se recogieron datos sobre percepción de realismo, satisfacción global y áreas susceptibles de mejora.

Resultados: Participaron 8 profesionales. El 100 % consideró que los escenarios y el entorno de simulación eran representativos de su práctica clínica habitual. La experiencia global obtuvo una valoración media de 4,87/5. Durante los escenarios y el debriefing se identificaron áreas de mejora relacionadas con habilidades no técnicas, especialmente la aplicación sistemática del enfoque ABCDE (50 %) y la comunicación en bucle cerrado (37,5 %). También se detectaron oportunidades de mejora en preparación del material, anticipación clínica y coordinación con los servicios de emergencias. Los participantes destacaron el valor del actor para entrenar la

comunicación con las familias y percibieron el debriefing como un entorno seguro.

Conclusiones: La simulación clínica en HAD pediátrica es factible y bien aceptada. Permite entrenar situaciones críticas, fortalecer habilidades técnicas y no técnicas e identificar mejoras de seguridad del paciente. Además, ofrece un entorno seguro para explorar nuevos procesos asistenciales y validar circuitos de atención antes de su implementación, contribuyendo a la calidad y la seguridad de la atención domiciliaria.

60. Simulación teórica de casos complejos: una propuesta innovadora en la formación de residentes de pediatría

Isabel Sanjurjo Jiménez; Laura Alías Rodríguez; Aina Martínez Planas; Cristian Launes Montana; Mariona Fernández De Sevilla Estrach; Juan José García García Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La simulación clínica constituye una herramienta fundamental en la formación de residentes. Sin embargo, los escenarios de alta fidelidad suelen centrarse en situaciones agudas y en el manejo en tiempo real, dejando menos espacio para el razonamiento clínico profundo y el abordaje de patologías complejas. El objetivo de este proyecto fue desarrollar e implementar una herramienta docente basada en simulaciones teóricas de casos clínicos complejos para mejorar el conocimiento de protocolos hospitalarios y favorecer la toma de decisiones clínicas entre residentes de pediatría.

Métodos: Estudio descriptivo basado en encuestas de satisfacción realizadas tras la implementación de un programa de simulaciones teóricas en un hospital pediátrico terciario. Desde febrero de 2025 se realizan sesiones mensuales de una hora en grupos reducidos (2-4 residentes). Los casos clínicos abordan situaciones complejas representativas de la hospitalización pediátrica, incluyendo

deshidratación hipernatrémica, cetoacidosis diabética, fiebre en portadores de catéter venoso central, alteraciones electrolíticas, sedación paliativa, hiperamonemia, sospecha de maltrato infantil, entre otras. No se realiza en tiempo real, por lo que la dinámica permite discutir de forma pausada el diagnóstico diferencial, las decisiones terapéuticas y la aplicación de protocolos institucionales, finalizando con un debriefing estructurado y la distribución de material docente complementario.

Resultados: Se realizaron 15 sesiones con 131 participantes. La implicación media fue de $3,92 \pm 1,06/5$, observándose un incremento progresivo según el año de residencia (R1 $3,52/5$; R4 $4,64/5$). El 97,7% de los residentes afirmó haber comprendido el problema principal del caso clínico y haber mejorado su conocimiento de protocolos clínicos. El 94,7% consideró que el debriefing facilitó la comprensión del caso. La experiencia global obtuvo una puntuación media de $4,73 \pm 0,54/5$ y la necesidad de este tipo de formación fue valorada con $4,90 \pm 0,32/5$. Un 19,8% de los participantes refirió haber sentido miedo o vergüenza durante la actividad.

Conclusiones: Las simulaciones teóricas constituyen una herramienta docente factible, reproducible y de bajo coste para complementar la formación basada en simulación clínica tradicional. Este modelo favorece el razonamiento clínico, mejora el conocimiento de protocolos institucionales y presenta una elevada aceptación entre los residentes. Su implementación podría resultar útil en otros programas de formación pediátrica.

61. Trombosis de senos venosos cerebrales como complicación de otomastoiditis aguda: revisión de casos.

Ana Fernández Pérez; Josefa Terán Ceballos; María de los Ángeles Alés Arroyo Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La trombosis de los senos venosos cerebrales es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la

otomastoiditis aguda en la edad pediátrica. Su presentación clínica es variable y puede asociarse a hipertensión intracraneal, afectación de pares craneales y otras complicaciones neurológicas, por lo que su reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar secuelas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes pediátricos ingresados por mastoiditis aguda en nuestro hospital entre 2015 y 2025. Se revisaron las historias clínicas analizando edad, sexo, manifestaciones clínicas, parámetros analíticos, hallazgos radiológicos, tratamiento recibido, complicaciones y evolución.

Resultados: Se revisaron 7 casos de mastoiditis aguda. Sexo: 3 niñas y 4 niños con edades comprendidas entre 15 meses y 10 años. Cinco pacientes (71,4%) presentaron mastoiditis no complicada y dos (28,6%) desarrollaron trombosis de senos venosos cerebrales. Los pacientes con trombosis de senos venosos fueron de mayor edad (mediana 7,5 años frente a 1,25 años). La neuroimagen permitió el diagnóstico en ambos casos y el estudio de trombofilia fue normal en los dos pacientes. La estancia media hospitalaria de los casos con trombosis fue de 33 días, frente a 4,8 días en los pacientes con mastoiditis no complicada. En relación al tratamiento, cinco pacientes (71,4%) precisaron miringotomía con drenaje transtimpánico, entre los que se incluyen los dos pacientes con diagnóstico de trombosis. La anticoagulación con enoxaparina se utilizó exclusivamente en los pacientes con trombosis de senos venosos (100%). La hipertensión intracraneal estuvo presente en el 100% de los casos complicados y en ninguno de los no complicados.

Conclusiones: La trombosis de senos venosos cerebrales es una complicación poco frecuente pero grave de la otomastoiditis aguda en la infancia.

La presencia de cefalea persistente, diplopía, signos de hipertensión intracraneal o síntomas neurológicos debe hacer sospechar complicaciones intracraneales.

Las pruebas de neuroimagen con contraste son fundamentales para el diagnóstico precoz.

Los pacientes con trombosis presentan una estancia hospitalaria significativamente superior a la observada en las mastoiditis no complicadas.

62. Una farmacia hospitalaria en casa: carga terapéutica y seguridad percibida en niños con patología crónica y complejidad

Maria Teresa Montero Cebrian; María ángeles Bernal López; Carmen Sánchez Ramírez; Paloma Vivancos Medina; Ana Lorente Beltrán; Laura Galant Perez; Laura Ayala Alcolea; Alcaraz Caballero Maria Elena Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción: Los niños con patología crónica y complejidad médica (NPCC) reciben con frecuencia múltiples tratamientos farmacológicos y cuidados complejos que deben administrarse en el domicilio. Esta responsabilidad recae principalmente sobre los cuidadores, quienes asumen tareas tradicionalmente desarrolladas por profesionales sanitarios. Sin embargo, la magnitud de esta carga terapéutica domiciliaria continua siendo poco conocida.

Objetivos: Describir la complejidad farmacológica domiciliaria en NPCC atendidos en un programa regional y evaluar la seguridad percibida por los cuidadores principales.

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado mediante encuesta anónima realizada entre abril y mayo de 2025 a cuidadores principales de niños atendidos en una unidad regional de atención integral pediátrica. Se analizaron como variables: número de fármacos diarios, administración nocturna, medicación de rescate, tratamientos complejos, repercusión organizativa y seguridad percibida en el manejo terapéutico

Resultados: Participaron 35 familias. El 23% de los niños recibía ≥ 6 más fármacos diarios reflejando una situación de polifarmacia relevante. El 46% disponía de medicación de rescate en domicilio para el manejo de

situaciones agudas. La administración nocturna de medicación estaba presente en el 80%, constituyendo una de las principales causas de interrupción del descanso familiar. Los tratamientos complejos formaban parte habitual de los cuidados en la mayoría de los hogares y aproximadamente un tercio de los cuidadores refería dificultades moderadas o elevadas para su preparación o administración. La preparación de la medicación condicionaba significativamente la organización cotidiana del hogar. A pesar de esta elevada complejidad terapéutica, el 97% manifestó sentirse seguro administrando la medicación gracias a la formación recibida y al apoyo continuado del equipo asistencial. La disponibilidad profesional ante dudas o incidencias fue identificada como uno de los principales facilitadores del manejo domiciliario.

Conclusiones: La complejidad farmacológica de los NPCC convierte el domicilio en un entorno terapéutico altamente especializado. Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de programas de educación terapéutica, accesibilidad a profesionales expertos y seguimiento continuado como elementos clave para garantizar la seguridad de los tratamientos y la continuidad asistencial. La capacitación de las familias permite trasladar al domicilio cuidados tradicionalmente hospitalarios, favoreciendo una atención de calidad en el entorno familiar.

63. Utilización del monitor de apneas en pacientes ingresados por sospecha de BRUE en un hospital de tercer nivel

Daniel Berbel; Marina Pons; Aleix Soler; Aina Martínez; Mariona Fernández de Sevilla; Juan José García Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. El uso del monitor de apneas (MA) se suele indicar en lactantes ingresados por sospecha de BRUE (Brief Resolved Unexplained Event), aunque su utilidad diagnóstica y su impacto en el manejo clínico son inciertos. Los objetivos del estudio fueron evaluar

la adecuación de las indicaciones del MA en pacientes con sospecha de BRUE, describir el porcentaje de registros patológicos y analizar las decisiones clínicas derivadas de sus resultados.

Métodos: Estudio descriptivo unicéntrico retrospectivo de pacientes ingresados en planta de hospitalización pediátrica con sospecha de BRUE entre 2020 y 2025. Se incluyen todos los pacientes <1 año que precisaron colocación de MA.

Resultados: Se recogieron 127 casos de colocación de MA; en 103 (81,1%) se indicó por sospecha clínica de BRUE. De los 103 casos, 48 (46,6%) eran varones y tenían una edad mediana de 1,0 meses (rango intercuartílico 0,4-2,0). Diecinueve (18,4%) tenían antecedentes patológicos, siendo el más frecuente la prematuridad (16;84,2%). Fueron clasificados como BRUE de alto riesgo 92 (89,3%) pacientes, 80 (87,0%) por edad <60 días.

Noventa y ocho (95,1%) pacientes fueron evaluados con pruebas complementarias. Destacando los tests de detección de virus respiratorios (83;84,7%), analítica sanguínea (64;65,3%), ecocardiograma (35;35,7%) y pruebas de neuroimagen (31;31,6%).

En noventa (87,4%) pacientes la lectura del MA fue normal, siendo la apnea obstructiva el hallazgo patológico más frecuente (8 [7,8%] pacientes), y detectándose apenas centrales en solo dos casos (1,9%).

Al final del ingreso, se acabaron catalogando como BRUE 13 de los 103 pacientes (12,6%) de entre los que se sospechaba inicialmente, siendo los diagnósticos finales más frecuentes: atragantamiento (38;36,9%), reflujo gastroesofágico (33;32,0%) e infecciones respiratorias (14;13,6%). Durante el ingreso, seis pacientes (5,8%), cuatro de ellos prematuros, recibieron cafeína, prescribiéndose en dos al alta.

Conclusiones: El uso del MA mostró una baja rentabilidad diagnóstica en lactantes ingresados por sospecha de BRUE, con escasa detección de hallazgos clínicamente relevantes y

un impacto limitado en decisiones terapéuticas. Una minoría de los pacientes mantuvo finalmente el diagnóstico de BRUE, lo que refuerza la importancia de excluir otras causas explicativas del episodio y la necesidad de optimizar la selección de pacientes candidatos a monitorización.

64. Valor diagnóstico del NT-proBNP como biomarcador en la enfermedad de kawasaki: análisis y perspectivas

Teresa Barrionuevo De La Torre; Manuel Romero Aguilera; Rocío Valera Belívar; Josefa Terán Ceballos; María José De La Torre Aguilar
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis febril autolimitada con complicaciones cardiovasculares graves que afecta a la población pediátrica. El diagnóstico precoz resulta complejo, especialmente en formas incompletas, por lo que la identificación de biomarcadores y su inclusión en modelos diagnósticos que optimicen su detección es clave para prevenir estas complicaciones.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el valor diagnóstico del NT-proBNP, proteína plasmática elevada en sujetos con EK, analizar su utilidad en combinación con otras variables y desarrollar modelos predictivos para el diagnóstico precoz.

Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles retrospectivo (2017–2026), donde se incluyeron 31 pacientes con EK y 27 con síndromes febriles no EK. Se analizaron variables clínicas y analíticas y así mismo se realizaron análisis comparativos, regresión logística multivariante y curvas ROC. Además, se desarrollaron árboles de decisión clínica.

El NT-proBNP mostró valores significativamente más elevados en EK ($p = 0,003$), con buena capacidad discriminativa (AUC 0,853) y un punto de corte óptimo de 512,5 pg/mL de moderada sensibilidad y especificidad

(83,9% y 77,8%, respectivamente). En el análisis multivariante, el NT-proBNP y el sodio se identificaron como predictores independientes (AUC 0,864). A partir de estas variables se desarrolló un modelo de decisión clínica con alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo (93,6% y 90,0%, respectivamente).

El NT-proBNP es un biomarcador útil para el diagnóstico diferencial de la EK, con buena capacidad discriminativa y potencial valor en la detección precoz. Su incorporación en modelos diagnósticos podría mejorar la identificación de presentaciones atípicas, optimizando el manejo clínico y la prevención de complicaciones cardiovasculares.

65. Valor predictivo y precisión diagnóstica de la bilirrubinometría transcutánea en el cribado de hiperbilirrubinemia neonatal

Mireia Trilles Barberá; María García Henarejos; Carla Miró
Vicedo
Hospital General Universitario Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante

Introducción y objetivos. La bilirrubinometría transcutánea (BiliTC) es una herramienta de cribado no invasiva para detectar hiperbilirrubinemia neonatal que requiere validación en poblaciones locales. El objetivo principal es evaluar la exactitud diagnóstica de la BiliTC frente a la bilirrubina sérica (AS), determinar el punto de corte óptimo para su confirmación analítica y evaluar su capacidad predictiva de ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo sobre 865 neonatos. Se analizaron variables demográficas, alimentarias, antecedentes (isoimmunización), valores de BiliTC y AS, y necesidad de ingreso para fototerapia. El análisis estadístico incluyó correlación de Spearman, diferencia de medias, cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cálculo del Índice de Youden mediante curvas ROC.

Resultados: De 865 neonatos (52,1% varones; 6,0% con Coombs positivo), únicamente

un 2,1% (18 casos) ingresó para fototerapia. La BiliTC y la AS mostraron una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa ($\rho = 0,723$, $p < 0,001$). Se evidenció una diferencia significativa en los niveles medios de BiliTC inicial entre los neonatos que precisaron ingreso (16,92 mg/dL) y los que no (8,55 mg/dL; $p < 0,001$).

El dispositivo transcutáneo infraestima sistemáticamente los niveles reales de bilirrubina sérica en aproximadamente 1,09 mg/dL (valor- p 0,0003 ($p < 0,001$)).

Para predecir el ingreso por fototerapia, la BiliTC demostró una excelente capacidad predictiva (AUC = 0,931). El análisis de la curva ROC determinó que el punto de corte óptimo se sitúa en $\geq 15,80$ mg/dL, obteniendo las siguientes métricas: Sensibilidad: 90,0%, Especificidad: 98,3%, Valor Predictivo Positivo (VPP): 47,4%, Valor Predictivo Negativo (VPN): 99,8%.

Conclusiones: La BiliTC es un método de cribado no invasivo que evita extracciones sanguíneas y predice con gran exactitud la necesidad de ingreso. Aplicando un umbral de $\geq 15,80$ mg/dL, su alta sensibilidad (90%) y especificidad (98,3%), junto a su extraordinario Valor Predictivo Negativo ($\sim 100\%$), permiten descartar de forma fiable el riesgo de ingreso por esta entidad en este rango de edad, evitando extracciones sanguíneas innecesarias.

No se han encontrado otros estudios que evalúen estas variables en España por lo que sería necesario confirmar resultados con más publicaciones en la misma línea.

66. Valoración del estado emocional en niños, niñas y adolescentes que sufren violencia sexual.

David Belillas Nuñez; Juan Jesús Sánchez-cañete Bernal; Macarena Lado Asencio; María Del Pilar Cedena Romero; Raquel Nuñez Ramos; Nerea Salmón Rodríguez; Isabel Gimeno Sánchez
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción y objetivos. La violencia sexual (VS) a niños, niñas y adolescentes (NNA) constituye un problema de salud pública con

importante repercusión psicosocial en las víctimas y sus familias.

La Comunidad de Madrid implantó en abril de 2025 el Código VISNNA (Protocolo de Asistencia Sanitaria Urgente a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual) con el objetivo de garantizar una atención integral, efectiva y eficiente.

El objetivo de este estudio es describir las características de este tipo de violencia y su atención sanitaria en pacientes atendidos en un hospital terciario tras su implantación. Considerándose de forma especial la valoración emocional que reciben.

Métodos: Estudio observacional descriptivo unicéntrico que incluyó a NNA hasta los 16 años y varones de 16-17 años atendidos por VS entre el 1 de abril de 2025 y el 31 de marzo de 2026. Se recogieron datos relacionados con la víctima, agresor, agresión, atención en urgencias y seguimiento mediante una base de datos pseudoanonimizada y analizada mediante SPSS.

Resultados: Se registraron 29 pacientes (25 mujeres) con mediana de edad de 13 años (RIC 8-14). Destacan las agresiones perpetradas por varones, mayores de edad, conocidos pero sin parentesco biológico, y en un domicilio. En el 75,86% (22/29) de los no se identificaron lesiones físicas en la exploración. En el 67,85% (19/28) no se realizó una anamnesis directa sobre los hechos a la víctima. Se registró la situación emocional en el 78,57% (22/28). Se derivó al 88,46% (23/26) al recurso especializado en VS (Barnahus-Casa de los Niños) y al 48,15% (13/27) a Salud Mental. En el momento de analizar los datos solo nos consta que un paciente de los 23 derivados ha sido valorado en Barnahus. En todos se realizó notificación a Trabajo Social.

Conclusiones: En nuestra muestra, destaca la valoración emocional sistemática por los pediatras en el 75,86% de los pacientes. Además se evita la anamnesis directa en el 67,85% de las ocasiones con el fin de evitar la revictimización.

Se realiza derivación a Barnahus en casi la totalidad de casos. De forma preliminar, se detecta un tiempo de respuesta lento de este recurso.

Comunicaciones libres. Casos clínicos

1. Vasculitis IgA recurrente: a propósito de un caso con evolución atípica y afectación multiorgánica

S Olcese Tocre; V Pérez Neila; L Gor Costales; S Ruiz González; K Badillo Navarro; R Rodríguez Fernández
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción y objetivos. La vasculitis IgA (IgAV) es una entidad inmunomediada que afecta a pequeños vasos. Aunque su pronóstico suele ser excelente y se resuelve espontáneamente en el 94% de niños afectados, un pequeño porcentaje de pacientes desarrolla un curso agresivo. Presentamos el caso de un adolescente con IgAV recurrente, de evolución atípica, con afectación cutánea grave, así como afectación renal y abdominal, con el objetivo de resaltar la importancia del manejo multidisciplinario y la monitorización estrecha del caso

Varón de 14 años con antecedente de IgAV a los 7 años, que acude por un segundo episodio de púrpura palpable no trombopénica. Presentó una progresión cutánea severa con flictenas y áreas de necrosis distal en miembros inferiores, asociada a un cuadro gastrointestinal grave (dolor abdominal intenso, vómitos y melenas). El estudio inmunológico objetivó positividad débil para pANCA 1/20 con anti-MPO y anti-PR3 negativos. La biopsia cutánea confirmó vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA, c3 y fibrinógeno.

Ante evolución tórpida, el cuadro inicial se manejó con pulsos intravenosos de 250 mg de metilprednisolona, seguido de prednisona oral, con resolución del sangrado digestivo. Recibió analgesia intravenosa y nutrición parenteral. Posteriormente, se pautó azatioprina por continuar la afectación cutánea severa.

Tras un mes de evolución, se objetivó microhematuria y proteinuria progresivas (de máximo 1280 mg/24 horas), asociadas a picos de tensión elevada (en percentil 95). Se inició

enalapril (como antiproteinúrico/antihipertensivo) y tratamiento con rituximab (para tratar también las lesiones cutáneas persistentes, consiguiendo mejoría parcial). Más adelante, se sustituyó la azatioprina por ácido micofenólico por proteinuria mantenida, que finalmente llevó a una biopsia renal, pendiente de informe.

Conclusiones: La IgAV se resuelve espontáneamente en la gran mayoría de los niños. Sin embargo, algunos casos pueden ser potencialmente graves. El paciente sumaba múltiples factores de riesgo para desarrollar una nefropatía grave: edad mayor a 10 años, sexo masculino, manifestaciones gastrointestinales graves y púrpura persistente/necrótica.

La monitorización urinaria seriada es el pilar fundamental para la identificación temprana del compromiso renal, seguido de biopsia renal en casos de evolución tórpida, permitiendo una intervención inmunosupresora avanzada, oportuna y combinada para cambiar el pronóstico a largo plazo.

2. Fractura de fémur y alteraciones sistémicas en una lactante: un reto diagnóstico.

Laura Pereira Martínez; Laia Baleta Riera; Violeta Vallejo
Matavera
Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción: Las fracturas en lactantes sin mecanismo traumático evidente requieren una valoración amplia que incluya causas metabólicas, óseas, genéticas y sociales. La identificación de signos asociados puede permitir el diagnóstico precoz de enfermedades minoritarias, aunque no es lo más frecuente.

Caso clínico: Lactante mujer de 2 meses, antecedente de prematuridad tardía y crecimiento intrauterino restringido. Durante el periodo neonatal presentó dificultad para la alimentación, escasa ganancia ponderal, macrocefalia con fontanela amplia y alteraciones en neuroimagen sugestivas de anomalía del desarrollo cortical. Desde los primeros días de vida se objetivó hipertransaminasemia

persistente con función hepática conservada. Presentaba rasgos dismórficos con facies triangular, frente amplia y proptosis ocular. Consultó por disminución de movilidad de la extremidad inferior izquierda de 24 horas de evolución, irritabilidad y aumento de volumen del muslo, sin antecedente traumático referido. La radiografía mostró una fractura diafisaria desplazada de fémur izquierdo. Ingresó en planta de pediatría para estudio. La analítica evidenció trombocitosis, elevación persistente de transaminasas y gamma glutamiltransferasa, junto con déficit de vitamina D sin alteraciones significativas del metabolismo fosfocálcico. Se realizó fondo de ojo y neuroimagen. La serie ósea mostró, además de la fractura femoral, una fractura costal en distinta fase evolutiva y hallazgos sugestivos de displasia ósea. La presencia de rasgos dismórficos, alteración del crecimiento, anomalías del desarrollo cerebral y afectación hepática persistente orientó hacia una etiología genética. Se realizó exoma clínico urgente, identificándose dos variantes heterocigotas patogénicas en el gen NBAS, compatibles con un síndrome asociado a dicho gen.

Discusión: La combinación de fragilidad ósea, alteraciones hepáticas, rasgos dismórficos y anomalías neurológicas debe alertar sobre la necesidad de ampliar el estudio etiológico. **Conclusiones:** El abordaje multidisciplinar y la valoración global del fenotipo permiten alcanzar diagnósticos de enfermedades raras en pacientes con presentaciones clínicas iniciales inespecíficas.

3. ¿Malignidad o benignidad? el reto del tumor esternal autolimitado de la infancia.

María Isabel Díaz Flores; Cristina Montero Valladares; María Del Mar Estepa Jiménez; María Moreno Ortega; Marta Boceta Serrera; Borja Croche Santander Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos. La aparición aguda de una tumoración esternal en la edad pediátrica genera gran angustia familiar, obligando a descartar patología maligna e

infecciosa. El tumor esternal benigno de la infancia (SELSTOC por sus siglas en inglés) es una entidad infrecuente de carácter benigno y con tendencia a la resolución espontánea.

Descripción del caso: Presentamos dos lactantes de 7 (A) y 11 meses (B) ingresados por tumoración esternal de inicio brusco y consistencia dura, sin antecedentes de traumatismo ni clínica constitucional.

Caso A: Lesión de 1-2 cm, dolorosa, sin alteraciones cutáneas. La ecografía evidenció un área parcialmente osificada (15x11x5 mm) sin hipervascularización. Ingresó con antibioterapia intravenosa (IV). Posteriormente, la resonancia magnética (RM) objetivó una lesión sólida (hipointensa en T1, hiperintensa en T2) de 11,5x10x5 mm con sutil realce. Con analítica normal y sospecha de SELSTOC, se presentó en el comité de tumores pediátricos de nuestro centro y se decidió un manejo expectante, suspendiendo los antibióticos. Presentó resolución completa a los 5 meses del ingreso.

Caso B: Lesión indolora de 3 cm, rojo-violácea y adherida a planos profundos. La ecografía reveló una imagen hipoecogénica (29x22x7,5 mm) con un "pseudópodo" entre los cartílagos, orientando a SELSTOC. Analítica con hipertransaminasemia aislada. Previo a la RM, desarrolló signos inflamatorios locales (eritema, calor, dolor), precisando antibioterapia IV. La RM mostró una masa heterogénea (22x13x20 mm) con focos quísticos y cambios inflamatorios, compatible con SELSTOC sobreinfectado. Tras 5 días de antibiótico, la ecografía de control confirmó la disminución de la lesión y la inflamación, siendo dado de alta con antibiótico oral y buena evolución. En su seguimiento en consulta, se normalizó la hipertransaminasemia, con estudio de primer escalón normal. Última revisión 7 meses tras el ingreso con disminución de la lesión 7x3x11 mm, con hipoecogenicidad homogénea.

Conclusiones: Los tumores torácicos en la edad pediátrica son raros, pero debemos incluir al SELSTOC en el diagnóstico diferencial. Conocer

esta entidad benigna puede adecuar el manejo del paciente ahorrando pruebas invasivas o tratamientos agresivos. Aunque su manejo es predominantemente conservador debido a su resolución espontánea, requiere seguimiento para detectar y tratar precozmente complicaciones como la sobreinfección local.

4. ¿Y ahora qué? cómo sobrevivir tras una emergencia pediátrica: cuando el método promoting excellence and reflective learning in simulation nos salva del caos.

Beatriu Esquerdo Soler ; Ana María Peinado Valenzuela ; Elena Vives Escrivà ; Clara Juan Contrí ; Paula Marcos Aznar ; Ana Olcina Sebastián ; Lourdes Escrivà Cholbi ; Joana Noguera Mas Hospital de Dénia. Alicante

En un hospital comarcal, donde los eventos críticos son poco frecuentes, la simulación clínica es clave para mantener las competencias del personal ante emergencias vitales.

A pesar de las limitaciones de recursos que pueden existir en estos centros, este modo de aprendizaje representa una inversión estratégica que mejora la confianza de los profesionales, optimiza la atención sanitaria y beneficia directamente a los pacientes. En enero de 2026 nace SIMULA-PED, iniciado por dos pediatras y una enfermera tras formarse como instructoras de simulación. Objetivo: realizar una simulación pediátrica mensual demostrando que también es posible aprender desde los hospitales pequeños.

Tras 6 meses de programa se han realizado 3 “hot debriefings”, surgidos tras 3 eventos críticos.

1. Parada cardíaca en planta de un lactante de 6 semanas. 50 minutos de RCP, adrenalina, bicarbonato, ecocardiografía y participación de más de 10 personas=> éxitus (Necropsia: miocardiopatía hipertrófica).

2. PCI 22 meses con PEG, de vacaciones. Traído a urgencias por SAMU, insuficiencia respiratoria grave. Médico SAMU más pediatra en sala de REA. Imposibilidad de canalizar vía ¿quién

lidera? ¿Reanimable? ¿Intubación orotraqueal sí/no?

3. Lactante de 7 meses atendida en urgencias centro de salud por atragantamiento. Empeoramiento progresivo, situación de pre-parada. Problemas con el material de la sala de reanimación, pediatra con multitarea, sin distribución de roles, elevada presión emocional por madre compleja.

En cada sesión se aplicó el método PEARLS:

- Reacciones: expresión de emociones.
- Descripción de los hechos: línea del tiempo.
- Análisis: plus (qué ha funcionado bien) / delta (qué mejorar o modificar) / plus (aprendizaje, cambios positivos).
- Aplicación zona 4: transformar sensación de “fracaso” en aprendizaje.

A pesar de la limitada experiencia en simulación clínica y debriefing, la aplicación estructurada del método PEARLS permitió realizar un debriefing tras un evento real, facilitando tanto la adquisición de competencias como el soporte emocional del equipo.

5. A propósito de un caso, más allá de una retención urinaria.

Álvaro José Ortí Verdet ; Ana Amat Madramany ; Rosa Cano López Hospital Universitario de la Ribera. Alcira. Valencia

Introducción: Las enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central en la edad pediátrica presentan una amplia variabilidad clínica. La afectación medular puede manifestarse con síntomas urinarios aislados, lo que supone un reto diagnóstico y puede retrasar el inicio del tratamiento.

Caso clínico: Niña de 8 años que consultó por cefalea y dolor abdominal de diez días de evolución, asociando retención urinaria aguda en las horas previas al ingreso. Se objetivó globo vesical que precisó sondaje urinario. La analítica mostró discreta elevación de reactantes de fase aguda, con estudio urinario y ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. Ante la

persistencia de la clínica miccional se realizó estudio urodinámico, compatible con acontractilidad del detrusor y vejiga neurógena.

Resto de exploración neurológica fue normal, sin alteraciones motoras ni sensitivas. La resonancia magnética craneomedular evidenció múltiples lesiones hiperintensas en secuencias T2/FLAIR a nivel encefálico y medular, sugestivas de proceso desmielinizante. El estudio oftalmológico, incluyendo fondo de ojo y potenciales evocados visuales, fue normal. El análisis del líquido cefalorraquídeo mostró bandas oligoclonales positivas y discreta hiperproteorraquia. El estudio microbiológico fue negativo salvo serología IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*. Ante la sospecha de primer evento desmielinizante se inició tratamiento con metilprednisolona intravenosa (30 mg/kg/día durante cinco días), con recuperación progresiva de la función vesical.

Conclusiones: La retención urinaria aguda puede constituir una forma infrecuente de debut de enfermedad desmielinizante en la edad pediátrica. La presencia de disfunción miccional de origen neurógeno, incluso en ausencia de focalidad neurológica, debe motivar la realización de estudios de neuroimagen para permitir un diagnóstico precoz y el inicio temprano del tratamiento.

6. Estatus epiléptico refractario en paciente pediátrica con encefalopatía estructural compleja: manejo escalonado y abordaje multidisciplinar

Paloma Vivancos Medina ; Ana Lorente Beltrán ; Laura Galant Pérez ; María Teresa Montero Cebrián ; Laura Ayala Alcolea ; Cristina Molina Ruiz ; Galera Bernal ; María Del Mar Moreno Sánchez
Hospital Universitario. Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción y objetivos. Paciente mujer de 7 años con mielomeningocele dorsolumbar grave intervenido, síndrome de Arnold Chiari tipo II, encefalopatía crónica malformativa no progresiva y epilepsia multifocal secundaria. Presenta hidrocefalia derivada con válvula de derivación ventriculoperitoneal, disfagia neurológica con gastrostomía, soporte

respiratorio domiciliario y dieta cetogénica. El status epiléptico (SE) pediátrico es una emergencia neurológica definida como crisis prolongada o crisis repetidas sin recuperación de conciencia, con riesgo de daño neuronal progresivo a partir de los 5 minutos, lo que justifica el inicio precoz de tratamiento escalonado. El objetivo es describir el manejo de un nuevo episodio de status epiléptico en una paciente compleja, integrando la aplicación de protocolo terapéutico estándar y la coordinación multidisciplinar.

Resumen del caso. Durante ingreso hospitalario, la paciente se encontraba neurológicamente activa y reactiva a estímulos. A las 13:00 h presenta taquicardia mantenida sin otros signos. A las 13:40 h se objetiva inicio de crisis con desviación ocular superior, trismus y movimientos de extremidades superiores. Se administra midazolam 5 mg IV en dos bolos sucesivos (13:45 h y 13:59 h), sin respuesta clínica.

Siguiendo protocolo de status epiléptico pediátrico, ante persistencia de actividad convulsiva se inicia segunda línea a los 20–30 minutos con levetiracetam 900 mg IV (14:06 h) y posteriormente ácido valproico 480 mg IV (14:41 h). Se realizan medidas de soporte (oxigenoterapia con reservorio, aspiración de secreciones, sondaje vesical y control de constantes), con valoración por UCI pediátrica. Se objetiva mejoría parcial autonómica con descenso de FC, aunque sin recuperación de conciencia. A las 14:54 h se inicia perfusión continua de midazolam (0,05 mg/kg/h), ante status epiléptico refractario.

Conclusiones y comentarios: El status epiléptico en pediatría requiere un abordaje protocolizado y escalonado: benzodiazepinas en primera línea, antiepilépticos IV de segunda línea en caso de refractariedad y perfusión anestésica. En pacientes con patología neurológica estructural grave, la respuesta terapéutica puede ser más compleja, requiriendo UCI precoz. Este caso subraya la importancia de la activación

rápida del protocolo, la adaptación individualizada en pacientes con alta complejidad y la coordinación entre pediatría, neurología y cuidados intensivos, sin olvidar soporte respiratorio y control de complicaciones asociadas.

7. Colitis ulcerosa y sospecha de síndrome de solapamiento en pediatría: a propósito de un caso

Irene Verdoy Aznar ; Begoña Trigueros Laorden ; Marta Gutiérrez García
Hospital General Universitario de Elda - Virgen de la Salud

Introducción. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pediátrica asocia con frecuencia manifestaciones extraintestinales. Aunque la asociación entre la colitis ulcerosa (CU) y la colangitis esclerosante primaria es la más descrita, en la infancia es habitual identificar pacientes que presentan rasgos de hepatitis autoinmune junto con una colangiopatía asociada. A este síndrome de solapamiento se le conoce como colangitis esclerosante autoinmune.

Caso clínico. Escolar de 11 años sin antecedentes de interés que consulta por clínica de tres semanas de deposiciones blandas con sangre fresca y dolor abdominal. No refiere pérdida de peso, fiebre ni otros síntomas sistémicos. Los estudios de heces revelan una calprotectina fecal elevada (792 µg/g, que posteriormente asciende a 1249 µg/g) con estudios microbiológicos negativos, y la endoscopia es compatible con CU con preservación de recto, por lo que se inicia mesalazina. No obstante, otro hallazgo llamativo es la elevación progresiva de transaminasas (GOT 207 UI/l, GPT 214 UI/l) y de GGT (418 UI/l). Se amplía el estudio de hepatopatías con serologías víricas negativas y se objetiva una franca hipergammaglobulinemia (IgG 2242 mg/dl) y positividad para anticuerpos antimúsculo liso (1/160), además de p-ANCA atípicos (PR3-ANCA 141 U/mL, MPO-ANCA <3 U/mL). Los anticuerpos ASCA, AMA y anti-LKM son negativos. Todo ello

orienta el diagnóstico hacia un síndrome de solapamiento, por lo que pese a una colangioresonancia normal (que no descarta afectación de pequeño conducto biliar) se decide iniciar tratamiento con ácido ursodesoxicólico y se amplía estudio con biopsia hepática, que finalmente confirma el diagnóstico de colangitis esclerosante sugestiva de etiología autoinmune. Por otro lado, dada la persistencia de la sintomatología digestiva tras un mes, se decide asociar beclometasona, consiguiendo progresivamente la remisión clínica del paciente.

Conclusión. Este caso resalta la importancia de sospechar patología hepatobiliar autoinmune en todo niño con EII, incluso en ausencia de síntomas hepáticos. Es fundamental realizar una monitorización de las transaminasas y de la GGT tanto al diagnóstico como durante el seguimiento, ya que la detección precoz es la única vía para instaurar un tratamiento temprano que pueda optimizar el pronóstico del paciente a largo plazo.

8. Complicación atípica de la neumonía necrotizante. la importancia de los controles clínicos.

Amanda Santacreu ; Nieves Carretero Borrás
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción: La neumonía necrotizante se caracteriza por la licuefacción del parénquima pulmonar por un proceso de necroptosis, combinado con una vasculitis y trombosis de vasos intrapulmonares. Esto conlleva la formación de neumatoceles intrapulmonares, además de un peor acceso de la antibioterapia al parénquima infectado, y, por tanto, mayor probabilidad de una evolución tórpida de la misma. Actualmente, se estima que la neumonía necrotizante resulta hasta el 40% de las complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad en población pediátrica.

Se presenta un caso de una paciente previamente sana, en la que, durante el seguimiento tras un episodio de neumonía necrotizante previo, se detecta la presencia de un

neumotórax. Paciente de 5 años que ingresa procedente de consultas externas de neumología pediátrica a la que acude para control evolutivo después de haber estado ingresada por una neumonía necrotizante que precisó antibioterapia y corticoterapia intravenosa, que se mantuvo al alta mediante administración vía oral. Al ingreso se encuentra afebril, con saturación O₂ del 99% y presenta hipoventilación en hemitórax izquierdo en la auscultación pulmonar, lo que motiva la realización de pruebas complementarias.

En las pruebas de imagen (tanto en radiografía torácica como en ecografía) se objetiva un neumotórax izquierdo que condiciona un desplazamiento de la línea media del mediastino hacia la derecha, asociando derrame pleural. Se extrae analítica sanguínea con PCR 4.82mg/dL y procalcitonina 0.10ng/mL, leucocitosis con neutrofilia y ph 7.36 con pCO₂ 41mmHg.

Se decide iniciar antibioterapia con amoxicilina-clavulánico y se coloca drenaje conectado a sello de agua, que permaneció un total de 5 días hasta su retirada. Se comprueba la reexpansión pulmonar y se descarta la reproducción del neumotórax posteriormente, con lo que se da de alta a la paciente.

Conclusiones: Aunque poco frecuentes, las complicaciones de una neumonía necrotizante pueden representar una amenaza para el bienestar de los pacientes, de ahí la importancia de un seguimiento clínico adecuado tras el diagnóstico y resolución de la misma.

9. Coordinación sociosanitaria en un caso de violencia de género con un menor de alta complejidad médica: a propósito de un caso.

David Belillas Núñez (1); Juan Jesús Sánchez-cañete Bernal (1); Macarena Asencio Lado (1); Agostina Maria Giandominco (2); Raquel Nuñez Ramos (1); Isabel Gimeno Sánchez; Nerea Salmón Rodríguez(1); María Del Pilar Cedena Romero (1)
(1)Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid;
(2)Hospital del Niño Jesús- Tucumán- Argentina

Introducción: La atención en situaciones de violencia de género requiere una respuesta integral que garantice la seguridad de la mujer y de los menores a su cargo. Cuando concurren necesidades complejas de salud en la infancia, especialmente aquellas asociadas a dependencia tecnológica y uso de dispositivos médicos, la coordinación entre sistemas sanitario y social adquiere una relevancia fundamental para asegurar la continuidad asistencial y la protección familiar.

Caso clínico: Presentamos el caso de un lactante de 15 meses, con miopatía nemalínica, portador de traqueostomía, con ventilación invasiva y oxigenoterapia, necesidad de pulsioximetría continua, aspiración de secreciones y nebulización de fármacos. Recibe nutrición enteral a través de gastrostomía con bomba de alimentación. Estando hospitalizado por una reagudización respiratoria, se presencian episodios de violencia de género hacia la madre por parte del progenitor. Esta situación, obliga a valorar medidas de protección urgentes para la madre y el menor, generando un elevado riesgo de desestabilización de los cuidados del menor al alta domiciliaria, cuya supervivencia y calidad de vida dependen de la disponibilidad permanente de dispositivos médicos y soporte especializado.

Se establece una intervención coordinada entre servicios sanitarios y sociales, diseñando un plan individualizado integrando la medida de protección urgente con la garantía en la continuidad de cuidados clínicos, planificación del traslado seguro a la nueva residencia, la adaptación de los recursos disponibles a las necesidades clínicas del menor contactando con empresa suministradora de los dispositivos y materiales sanitarios y establecimiento de canales de comunicación entre los distintos dispositivos asistenciales, asegurando en todo momento la confidencialidad y seguridad familiar.

Conclusiones: Los casos de violencia de género en familias con menores de alta complejidad médica genera necesidades

asistenciales que requieren una respuesta integrada. La coordinación entre servicios sanitarios resulta fundamental para garantizar la protección frente a la violencia, la continuidad de los cuidados y el bienestar de los menores con necesidades especiales de salud, poniendo de manifiesto la necesidad de protocolos específicos para estas situaciones.

10. Cuando la anamnesis revela el diagnóstico: favismo en un lactante con ictericia

E Mestre Ferrández ; Mc Vicent Castelló ; T Ródenas Garcinuño ; D García Máñez ; A Cutillas García ; P Luis Herrera ; C Valdivia Villodre ; PJ Alcalá Minagorri
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción: La anemia hemolítica en el lactante es un trastorno caracterizado por la destrucción de los hematíes. Puede tener origen hereditario o adquirido y manifestarse con ictericia, anemia y/o esplenomegalia. Su diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para prevenir complicaciones.

Resumen del caso. Presentamos el caso de un lactante de 8 meses, de origen marroquí, que acudió a urgencias por ictericia generalizada de 24 horas de evolución. No presentaba coluria, ni cambios en la coloración de las heces. Permanecía afebril y sin otra sintomatología asociada.

Se realizó una anamnesis dirigida, incluyendo antecedentes hematológicos familiares, consanguinidad e introducción reciente de nuevos alimentos, sin hallazgos de interés. El paciente recibía lactancia materna y se encontraba en fase de introducción de alimentación complementaria.

A la exploración física destacaba tinte icterico generalizado con afectación conjuntival. Se inició estudio etiológico mediante serologías, análisis de orina y ecografía abdominal, todos ellos sin alteraciones. En la analítica sanguínea se objetivó hiperbilirrubinemia de 5,44 mg/dl a expensas de bilirrubina indirecta (5,08 mg/dl), LDH de 727 U/L y anemia normocítica (Hb 5,6 g/dl). El estudio de sangre periférica no mostró

alteraciones significativas y el test de Coombs directo resultó negativo. Se realizó transfusión de hematíes y ingresó en planta de hospitalización.

Durante el ingreso, presentó una rápida mejoría clínica, con desaparición de la ictericia en menos de 24 horas. Se rehistorió a la familia, incidiendo en la anamnesis nutricional, identificándose la ingesta, el día previo al inicio de los síntomas, de un puré marroquí elaborado con guisantes y habas ("Bissara").

Se contactó con el laboratorio y se confirmó un déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), cuyos episodios hemolíticos pueden desencadenarse entre las 5 y 24 horas posteriores a la ingesta de habas. El paciente presentó una evolución favorable, con normalización analítica en las siguientes 48 horas, y continúa seguimiento en consultas de Hematología Pediátrica.

Conclusiones. El déficit de G6PD debe considerarse ante una ictericia aguda asociada a anemia hemolítica Coombs negativa. Una anamnesis detallada puede ser clave para identificar desencadenantes hemolíticos y orientar el diagnóstico etiológico. El reconocimiento precoz del favismo permite evitar nuevas exposiciones y prevenir futuros episodios de hemólisis.

11. Cuando la fiebre persistente no indica fracaso terapéutico: síndrome DRESS en un absceso cerebral

José María Valle T-figueras ; Cesar Orus Dotu ; ángeles Monerris Gordejuela ; Anna Sangorrin Iranzo ; Anna Turon Viñas ; Laura Roig Soria ; Maria López Gutiérrez ; Paula Donado-mazarrón García
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Introducción La persistencia de fiebre durante el tratamiento de infecciones intracraneales suele interpretarse como progresión o falta de control microbiológico. Sin embargo, las reacciones adversas graves a fármacos pueden simular un fracaso terapéutico y condicionar decisiones complejas.

Caso clínico Niño de 5 años y 9 meses ingresado por estatus convulsivo secundario a otomastoiditis derecha complicada con empiema epidural y absceso parietotemporal. Se realizó colocación de drenaje transtimpánico y una primera evacuación neuroquirúrgica del absceso. Ante la progresión radiológica posterior precisó una segunda intervención mediante craneotomía. Los cultivos fueron negativos, identificándose *Fusobacterium necrophorum* mediante amplificación del gen 16S. Presentó además trombosis parcial del seno sigmoideo derecho, iniciándose anticoagulación. Recibió tratamiento con cefotaxima, metronidazol y vancomicina. La fiebre persistió desde el ingreso y, tras 3 semanas de tratamiento, desarrolló exantema morbiliforme generalizado pruriginoso con posterior descamación, edema facial, adenopatías en múltiples territorios, eosinofilia progresiva (máximo $3.680/\mu\text{L}$), linfocitos atípicos y elevación discreta de AST y GGT, alcanzando una puntuación RegiSCAR de 5 puntos (DRESS probable). Se suspendieron vancomicina y cefotaxima, y tras una reexposición a cefotaxima al intentar la desescalada del tratamiento presentó reaparición de los picos febriles, empeoramiento del exantema y deterioro clínico, con mejoría tras su retirada. Se solicitó test de transformación linfocitaria a cefotaxima y vancomicina, pendiente de resultados. Ante la ausencia de afectación orgánica significativa y la coexistencia de una infección cerebral activa, se decidió evitar corticoterapia sistémica y realizar monitorización estrecha de función hepática, renal, pancreática y cardíaca, con controles cardiológicos seriados. La evolución fue favorable tras la retirada de los fármacos sospechosos y el mantenimiento de tratamiento con meropenem.

Conclusiones La fiebre persistente durante el tratamiento de infecciones graves no siempre implica fracaso terapéutico. El síndrome DRESS debe considerarse ante la asociación de exantema y eosinofilia. En ausencia de afectación orgánica grave, una estrategia conservadora sin corticoterapia puede ser una alternativa válida en

pacientes con infecciones bacterianas profundas, bajo estrecha vigilancia multidisciplinar.

12. Cuando no todo es lo que parece: caso de lupus neuropsiquiátrico en la infancia

Eduarne García Gordoa (1); Gisela Cristina Muñoz García (2); Cynthia Liz Ruiz Espinoza (3); Olaia Begoña Berrizbeitia Fernández (4)

(1)Hospital Universitario Basurto; (2)Sección Pediatría Interna Hospitalaria. Hospital Universitario Basurto; (3)Sección Neuropediatría. Hospital Universitario Basurto; (4)Reumatología. Hospital Universitario Basurto

Introducción y objetivos. El lupus eritematoso sistémico (LES) en pediatría es una patología infrecuente; siendo aún más raro que debute con sintomatología neuropsiquiátrica. Presentamos un caso desafiante desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, que ilustra un grave trastorno del movimiento mediante documentación audiovisual, con el fin de compartir las lecciones aprendidas y facilitar el reconocimiento precoz en futuras ocasiones.

Resumen del caso. Niña de 10 años en seguimiento por Salud Mental por irritabilidad y autoagresiones los meses previos. Como antecedentes destacaban fenómeno de Raynaud y autoinmunidad familiar: padre psoriasis y trombocitopenia, y madre hemicorea y síndrome antifosfolípido trombotico con 19 años.

A la exploración destacaban movimientos bilaterales coreo-balísticos mejorables con distracción e inestabilidad de la marcha; presentaba hematomas en EEII por traumatismos. El estudio neurológico inicial (PL, EEG, RM cerebral) no mostró hallazgos relevantes, orientándose como trastorno funcional. Pero a nivel inmunológico se objetivó TTPA alargado y ANA, anti-dsDNA y antifosfolípidos positivos junto con leucopenia leve. Se solicitó revisión de la RM cerebral, describiéndose dos lesiones puntiformes compatibles con eventos isquémicos de distinta cronología y lesiones glióticas crónicas frontoparietales derechas. Se realizó TC abdominopélvica, que evidenció TEP en arteria

lobar inferior derecha y ramas segmentarias, e infartos esplénicos. El eco-doppler venoso de EEII fue normal. Ante ausencia de síntomas y de elevación de dímeros D, los hallazgos se interpretaron como eventos subagudos.

Ante la sospecha de lupus eritematoso sistémico (LES) con afectación neuropsiquiátrica asociado a síndrome antifosfolípido, se inició tratamiento inmunosupresor, anticoagulante y antiagregante, asociando seguimiento psiquiátrico. La evolución fue favorable, con mejoría progresiva de los movimientos involuntarios, recuperación de la marcha autónoma y mejoría del estado anímico.

Conclusiones y comentarios. El LES pediátrico puede debutar con manifestaciones neuropsiquiátricas poco frecuentes, como la corea, dificultando su diagnóstico precoz. La coexistencia de síntomas neurológicos y alteraciones inmunológicas debe hacer sospechar una enfermedad autoinmune sistémica. Este caso subraya la importancia de mantener un amplio diagnóstico diferencial y reevaluar los hallazgos iniciales ante una evolución clínica no esperada, permitiendo así un diagnóstico y tratamiento precoces.

13. Cuando un lactante deja de caminar: un reto diagnóstico.

Claudia Vicente Andreo ; Mercedes Toledo González ; Juan José Nieto Barceló ; Carmen Cros Cuellos ; Irene Isabel Gómez Rodríguez ; Marta López Jesús ; Carmen María González Álvarez ; María Jiménez Martínez Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la polirradiculoneuropatía aguda más frecuente en la infancia, aunque su presentación en menores de 2 años es infrecuente y puede manifestarse de forma atípica, dificultando el diagnóstico precoz. Presentamos un caso de polirradiculoneuropatía sensitivo-motora desmielinizante con presentación inusual.

Lactante de 22 meses, previamente sana, con antecedente de ingreso por bronconeumonía por enterovirus/metapneumovirus una semana

antes del inicio de la sintomatología. Consultó por rechazo de la ingesta, vómitos, desviación de la comisura bucal y negativa a la marcha, sin fiebre ni alteración del nivel de conciencia. El estudio inicial incluyó analítica, TC craneal y punción lumbar, objetivándose pleocitosis y discreta hiperproteínoorraquia, con panel microbiológico y cultivos negativos. Ante la sospecha de patología neurológica se amplió el estudio con resonancia magnética cerebral y medular, sin hallazgos relevantes, y amplio despistaje infeccioso y autoinmune, incluyendo anticuerpos antigangliósidos, antiMOG y anti-AQP4, todos negativos. El electromiograma mostró una polirradiculoneuropatía sensitivo-motora desmielinizante grave con afectación facial y de las cuatro extremidades, compatible con SGB. Se administró inmunoglobulina intravenosa (2 mg/kg en 5 días), asociando gabapentina para control del dolor neuropático e inicio precoz de fisioterapia intensiva. Un segundo electromiograma evidenció persistencia de la afectación desmielinizante con signos iniciales de degeneración axonal secundaria. Durante el ingreso presentó mejoría progresiva de la parálisis facial, del dolor y de la funcionalidad motora, alcanzando sedestación estable y bipedestación asistida. Continuó seguimiento por Neuropediatría y Rehabilitación. Presentamos un caso de SGB atípico caracterizado por debut temprano, rechazo de la marcha y paresia facial unilateral, sin afectación ocular. Aunque la afectación del nervio facial es frecuente en el SGB pediátrico, habitualmente se presenta de forma bilateral o en el contexto de polirradiculopatía ya establecida. La presencia de pleocitosis significativa en LCR, hallazgo poco habitual en el SGB, amplió el diagnóstico diferencial y dificultó la sospecha inicial. El electromiograma permitió identificar una polirradiculoneuropatía sensitivo-motora desmielinizante grave, variante infrecuente en la edad pediátrica frente a las formas motoras clásicas. Este caso subraya la necesidad de considerar el SGB en lactantes con regresión motora aguda o afectación de pares

craneales, incluso ante hallazgos clínicos y analíticos no característicos.

14. Cuando una linfopenia no debe pasar desapercibida: diagnóstico de SCID por déficit de ADA en un lactante.

Paula Segura Segovia ; Elena González García ; Catalina Montoya Tamayo ; Manuel Oltra Benavent ; Blanca Ramia
Guillen
Hospital Universitari y Politènic La Fe de València

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La inmunodeficiencia combinada severa (SCID) engloba un grupo de trastornos genéticos caracterizados por una alteración grave de la inmunidad celular y humoral, que predispone a infecciones potencialmente mortales desde los primeros meses de vida. Constituye una urgencia inmunológica pediátrica cuyo pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoces. La linfopenia profunda en un lactante puede ser el primer signo de alarma, incluso sin infecciones oportunistas. Presentamos un caso de SCID por déficit de adenosina desaminasa (ADA) para destacar la importancia del reconocimiento precoz de hallazgos analíticos sugestivos y el potencial impacto del cribado neonatal.

RESUMEN DEL CASO

Lactante de 5 meses que acude a Urgencias por vómitos. En la exploración física se objetiva una placa eritematosa en mejilla izquierda. Como antecedente, un ingreso un mes antes por infección urinaria febril con linfopenia grave sin ampliación diagnóstica. Había recibido vacunación acorde a su edad, incluido rotavirus, sin incidencias.

En nuestro centro se confirmó una linfopenia profunda (90 linfocitos/ μ L) asociada a hipogammaglobulinemia. Ante la sospecha de inmunodeficiencia primaria se completó el estudio de poblaciones linfocitarias, que mostró una marcada disminución de linfocitos T, B y células NK. Ante sospecha de SCID se inició tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas intravenosas, profilaxis infecciosa y medidas de aislamiento domiciliario.

El análisis genético identificó una variante patogénica homocigotica en el gen ADA, confirmándose el diagnóstico de SCID por déficit de ADA. Se inició tratamiento enzimático sustitutivo con elapegademasa intramuscular como terapia puente. Actualmente presenta una evolución favorable, sin complicaciones infecciosas, con recuperación progresiva de la linfopenia. Permanece en espera de tratamiento definitivo mediante terapia génica o trasplante de progenitores hematopoyéticos.

CONCLUSIONES

- * La linfopenia grave en un lactante debe considerarse un signo de alarma que requiere estudio inmunológico urgente.
- * La ausencia de infecciones oportunistas o de complicaciones tras la administración de vacunas vivas atenuadas no excluye el diagnóstico de SCID.
- * Este caso ilustra una oportunidad diagnóstica perdida basada en la detección precoz de la linfopenia y pone de manifiesto el potencial beneficio del cribado neonatal mediante TRECs para identificar pacientes antes del desarrollo de complicaciones potencialmente graves.

15. Debut de enfermedad mixta del tejido conectivo en una adolescente: un desafío diagnóstico

C Torrent-navarro ; Pz Szalaty Zachoszcz ; M Hernández García ; M Fernandez De Sevilla Estrach ; C Esquirol Herrero ; J Calzada Hernandez ; R Ayats Vidal ; Jj García García
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una conectivopatía infrecuente en Pediatría, caracterizada por la coexistencia de características clínicas de diferentes enfermedades autoinmunes, siendo sus manifestaciones más frecuentes el fenómeno de Raynaud, dactilitis, artritis, miositis y enfermedad pulmonar intersticial, asociado a presencia de anticuerpos Anti-U1-RNP. Presentamos el caso de una adolescente con debut de esta enfermedad,

con el objetivo de resaltar las dificultades diagnósticas y la complejidad del manejo inicial.

Mujer de 14 años, con antecedente de tiroiditis autoinmune, que consultó por fiebre, dolor abdominal y vómitos de 4 días de evolución. Tras la resolución de la clínica digestiva desarrolló poliartritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones y mialgias progresivas, debilidad muscular en miembros inferiores y eritema periungueal. Refería fenómeno de Raynaud previamente.

La analítica mostró anemia, linfopenia, elevación de enzimas musculares y de reactantes de fase aguda. Se realizó un electromiograma que confirmó miopatía inflamatoria, por lo que se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona intravenosa e hidroxicloroquina.

El estudio inmunológico mostró positividad intensa para anticuerpos Anti-U1-RNP y ANA, y negatividad para Anti-Sm. La RM evidenció edema muscular multifocal sin signos de daño muscular crónico. La biopsia muscular mostró hallazgos compatibles con miopatía inflamatoria. El ecocardiograma y los estudios oftalmológico y nefrológico fueron normales.

Durante la evolución presentó insuficiencia respiratoria aguda con hipoxemia e infiltrados pulmonares bilaterales, asociados a hipertensión arterial, coincidiendo con la administración de bolos de corticoides. La TC torácica mostró áreas bilaterales en vidrio deslustrado orientándose como hemorragia alveolar e iniciándose plasmaféresis, posteriormente suspendida tras descartarse con broncoscopia y lavado broncoalveolar. Se realizaron pruebas de función pulmonar que mostraron signos de restricción respiratoria. Se inició micofenolato de mofetilo (MMF), con la orientación de compromiso intersticial secundario a la conectivopatía.

Actualmente continúa seguimiento multidisciplinar (Reumatología, Neumología, Nefrología) bajo tratamiento con corticoides, hidroxicloroquina, MMF, metotrexato,

inmunoglobulinas intravenosas y amlodipino, con estabilidad clínica y analítica.

Conclusiones: La EMTC debe considerarse en adolescentes con miositis inflamatoria asociada a fenómeno de Raynaud y poliartritis. Este caso expone un debut grave con afectación respiratoria mostrando la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces.

16. Déficit parcial de ornitina transcarbamilasa: a propósito de un caso

Carla Cano I García ; Rocío Conchello Monleón ;
Salomé García Arnaldich ; Marta Zaragoza Jordana ;
Ester Parada Ricart
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

Introducción y objetivos

El déficit de ornitina transcarbamilasa (OTC) es el trastorno del ciclo de la urea más frecuente, de herencia ligada al X. Las formas parciales pueden presentarse como episodios autolimitados de encefalopatía con hiperamonemia transitoria, que muchas veces son detectables únicamente en el momento de descompensación.

Resumen del caso

Niño de 6 años con desarrollo psicomotor normal que había sido hospitalizado previamente en 2 ocasiones en UCIP por episodios autolimitados de irritabilidad, alteración del lenguaje, somnolencia, ataxia y vómitos. Se realizaron RM cerebral, EEG, estudio infeccioso y autoinmune de líquido cefalorraquídeo que resultaron normales. Estudio metabólico intercrisis normal.

En diciembre de 2025, tras haber realizado esfuerzo físico intenso presentó de nuevo un episodio de somnolencia, discurso incoherente y vómitos. Los análisis de laboratorio mostraron hiperamonemia, coagulopatía y citólisis hepática (ALT 1093 U/L, AST 669 U/L, amonio 206 µg/dL, INR 2,18). La rápida resolución del cuadro con fluidoterapia glucosada, restricción proteica temporal y vitamina K hizo sospechar una etiología metabólica por lo que se completó el estudio a este nivel. Se objetivó una

excreción aumentada de ácido orótico en la orina y la secuenciación genética confirmó el diagnóstico de déficit parcial de OTC al detectar la mutación probablemente patogénica c.903A>C, p. (Leu301Phe) en dicho gen. Actualmente, el niño presenta una evolución favorable con una dieta controlada en proteínas.

Conclusiones y comentarios.

El diagnóstico de las enfermedades metabólicas (sobre todo en el caso de déficits parciales) supone un gran reto. Remarcar la importancia de realizar el estudio en contexto de descompensación (fuera de ella los resultados pueden ser normales) y tener en cuenta este tipo de patologías en procesos neurológicos agudos de rápida resolución en los que no se encuentra una etiología. El diagnóstico molecular es crucial para el tratamiento preventivo a largo plazo y el asesoramiento genético familiar.

17. Desafío diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel de atención: una serie de casos.

I. Y. Chirinos Chirinos ; M. G. Díaz De La Rosa
Hospital Infantil de México Federico Gomez

Introducción y objetivos. La tuberculosis extrapulmonar en pediatría representa un desafío diagnóstico en hospitales de tercer nivel, ya que su capacidad para mimetizar cuadros oncológicos o autoinmunes, retrasa el inicio del tratamiento. El objetivo de esta serie de casos es analizar la presentación clínica y el abordaje de dos pacientes pediátricos con afección abdominal y sistémica, subrayando la importancia de la sospecha clínica ante la persistencia de síntomas inespecíficos.

Resumen de los casos: Se presentan dos pacientes: femenino de 8 años con dolor abdominal y ascitis, y masculino de 16 años, con síndrome constitucional, hepatoesplenomegalia y poliserositis (ascitis, derrame pleural y pericárdico). Ambos casos fueron manejados inicialmente en el primer nivel bajo sospecha de gastroenteritis infecciosas o cuadros

autolimitados, sin respuesta al tratamiento convencional.

El reto diagnóstico radicó en la inespecificidad de los síntomas y la presencia de hallazgos que sugerían otras etiologías: en la paciente fememino, la citología del líquido peritoneal reportó un "infiltrado linfoide atípico", planteando la sospecha de un proceso linfoproliferativo (linfoma); en el segundo caso, el cuadro sistémico grave obligó a un abordaje exhaustivo para descartar lifoproloferación hasta errores innatos de la inmunidad.

El diagnóstico definitivo en ambos se alcanzó mediante un enfoque multidisciplinario. La laparoscopia diagnóstica con biopsia fue el factor decisivo, revelando hallazgos histopatológicos característicos de granulomas necrotizantes con células gigantes tipo Langhans. La confirmación etiológica permitió instaurar el tratamiento antituberculoso específico, logrando una evolución clínica satisfactoria sin recurrencias.

Conclusiones y comentarios: Esta serie de casos enfatiza que la TB extrapulmonar debe mantenerse como un diagnóstico diferencial prioritario ante cualquier paciente con ascitis, fiebre prolongada o síndrome constitucional persistente. El mayor reto clínico es evitar los sesgos que catalogan estas entidades como procesos comunes y autolimitados. Cabe destacar que la biopsia quirúrgica se reafirma como el gold standard indispensable para el diagnóstico precoz. Se destaca que el rol del pediatra hospitalista es determinante en la integración multidisciplinaria, sospecha diagnóstica y la persistencia en la investigación histopatológica, ya que son fundamentales para reducir la morbilidad y asegurar un manejo oportuno en la población pediátrica.

18. Doctora, mi hijo no ve: un reto diagnóstico ante pérdida visual progresiva

Yasmina Fernández Henríquez ; Rocío Conchello Monleon ; Mireia Álvarez Molinero
Hospital Joan XXIII de Tarragona

Introducción: La neuritis óptica bilateral es una entidad excepcional en pediatría con una incidencia aproximada de 0.5 casos por cada 100.000. La etiología más frecuente es la postinfecciosa, con buen pronóstico visual.

Es fundamental descartar un origen autoinmune y si se trata de una neuritis óptica aislada o es un síntoma más de una patología desmielinizante del sistema nervioso central (encefalomielitis diseminada aguda, esclerosis múltiple, neuromielitis óptica).

Caso clínico: Niño de 10 años sin antecedentes de interés salvo dificultades de adaptación escolar tras llegada reciente de Perú. Consultó por dos semanas de pérdida visual progresiva bilateral, cambios conductuales y cefalea. Referían dificultad para la fijación de la mirada, imposibilidad de localización de objetos y necesidad de aproximarse excesivamente para ver. No otra sintomatología y resto de exploración neurológica normal

Fue valorado por oftalmología con tomografía de coherencia óptica en la que se objetiva alteración de la capa ganglionar y adelgazamiento de la capa de fibras nerviosas de la retina. Se realizó resonancia magnética compatible con neuritis óptica inflamatoria bilateral con afectación perineural, sin evidenciar otras lesiones encefálicas ni medulares. Los potenciales evocados visuales confirmaron la existencia de afectación desmielinizante severa bilateral. Se realizó estudio infeccioso y autoinmune en sangre y líquido cefalorraquídeo que fue negativo, incluidos anti-MOG, anti-AQP4 y bandas oligoclonales.

Se inició metilprednisolona intravenosa a dosis altas durante cinco días, seguida de pauta descendente oral con mejoría clínica y recuperación progresiva de la agudeza visual hasta 0,8-0,9 en controles posteriores.

Conclusiones: Ante una pérdida visual aguda o subaguda en edad pediátrica debe considerarse la neuritis óptica bilateral incluso en presencia de un fondo de ojo normal. El reconocimiento precoz y el tratamiento

inmunomodulador temprano permiten una recuperación visual favorable en la mayoría de los casos. La negatividad de los biomarcadores autoinmunes y la ausencia de lesiones desmielinizantes asociadas sugieren un menor riesgo de evolución hacia enfermedad neuroinflamatoria sistémica.

19. Edema generalizado: manifestación atípica en la infección por veb

Mauro Sempere Morant ; María Sánchez Carbonell ; Nerea Murcia Ramón ; Silvia Pequeño Pérez ; Mireia Trilles Barberá ; Zaida Benaches Picó ; Sergio Soriano Díaz

Hospital General Universitario Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

Introducción: La infección primaria por virus de Epstein-Barr (VEB) constituye una causa frecuente de síndrome mononucleósico en la edad pediátrica. Aunque su presentación clásica incluye fiebre, faringoamigdalitis y adenopatías, en ocasiones puede manifestarse con hallazgos clínicos atípicos que dificultan el diagnóstico inicial.

Resumen del caso. Escolar varón de 9 años que consulta por lesiones cutáneas y edema en miembros inferiores y en región escrotal de 24 horas de evolución. Refiere dificultad para la deambulación debido a dolor en miembros inferiores. Asocia fiebre desde hace 5 días. A la exploración física, se objetiva edema generalizado y exantema maculopapular violáceo generalizado y difuso no palpable que desaparece a la digitopresión. En orofaringe, hiperemia amigdalar bilateral, sin exudados. Se constatan TA en p90 (para edad, sexo y talla) y oliguria (0,88 ml/kg/hora). En pruebas complementarias se evidencia alteración leve de la función renal con creatinina de 0,57 mg/dl (valores de referencia normales <0,52 mg/dl), proteinuria glomerular (cociente Prot/Cr 0,41 mg/mg) e hipostenuria (Osmu 442 mOsm/L). Asocia hipoalbuminemia (2,8 g/dL) e hiponatremia (130 mEq/L). Además, presenta elevación de reactantes de fase aguda (PCR 9,6 mg/dL) e hipertransaminasemia (GOT

124 U/L, GPT 102 U/L), junto con trombopenia leve (109 miles/ μ l) y alteración de la coagulación (Índice de Quick 65%). Se completa estudio con ecografía abdominal que muestra ascitis y esplenomegalia leve, y serología infecciosa que resulta IgM positiva para VEB, confirmando el diagnóstico de mononucleosis infecciosa. Durante su estancia hospitalaria, se realiza balance hídrico estrecho y tratamiento sintomático. Se monitoriza al paciente, evidenciando disminución de TA hasta p50 y normalización de diuresis (2,2 ml/kg/hora). El paciente presenta mejoría clínica progresiva (remisión del síndrome febril, edema y exantema generalizados) y normalización analítica previa al alta.

Conclusiones: La infección por VEB debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes pediátricos que presentan edema generalizado y alteraciones analíticas sugestivas de afectación renal, especialmente si asocia sintomatología compatible con síndrome mononucleósico.

20. Encefalitis asociada a anticuerpos anti-MOG tras infección aguda por virus de epstein-barr: a propósito de un caso.

Teresa Barrionuevo De La Torre ; María De Los ángeles Alés Arroyo ; María Del Carmen López Córdoba
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción y objetivos. Las encefalitis inmunomediadas pueden presentarse con alteración del comportamiento, disminución del nivel de conciencia o crisis epilépticas. Frecuentemente están precedidas por procesos infecciosos, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial con encefalitis infecciosas. Presentamos un caso de encefalitis asociada a anticuerpos anti-MOG precedida de infección aguda por virus de Epstein-Barr.

Resumen del caso. Escolar varón de 8 años sin antecedentes y vacunación completa. Ingresó por un cuadro de 48 horas de evolución de fiebre, odinofagia, mialgias e hipersomnia. Previo al ingreso presentó tres episodios

autolimitados de desconexión del medio con retroversión ocular, cianosis peribucal, rigidez y flexión de miembros superiores e hiperextensión de cabeza y tronco. La exploración neurológica reveló tendencia al sueño con adecuada respuesta a estímulos verbales y leve dismetría. La analítica inicial mostró leucocitosis linfocitaria e hipertransaminasemia.

Ante la sospecha de afección neurológica, se realizó TC craneal sin hallazgos. La punción lumbar mostró una PCR positiva para el virus de Epstein-Barr con un líquido ceforraquídeo de características virales (pleocitosis mononuclear e hiperproteíorraquia leves y glucosa normal). Se inició aciclovir intravenoso empírico, suspendido una vez se descartaron otros herpesvirus y enterovirus.

Durante su estancia, coordinada con Neurología Pediátrica, el paciente sufrió otro episodio de desconexión del medio coincidente con pico febril, controlado con midazolam, iniciándose, posteriormente, levetiracetam profiláctico. Evolucionó con agitación e irritabilidad de predominio vespertino, requiriendo traslado a UCI pediátrica y tratamiento sedante múltiple.

La resonancia magnética cerebral evidenció hiperintensidades simétricas en T2 y FLAIR en ambos lóbulos temporales, parietales, frontales y occipital izquierdo, sin restricción a la difusión; patrón sugestivo de encefalitis inmunomediada. El estudio específico confirmó positividad para anticuerpos anti-MOG.

Por la sospecha de encefalitis autoinmune postinfecciosa, recibió inmunoglobulina y metilprednisolona intravenosas, seguidas de prednisona oral. La evolución clínica fue favorable, retornando a un estado conductual, cognitivo y motor similar al basal.

Conclusiones y comentarios: Las encefalitis inmunomediadas pediátricas requieren alta sospecha clínica ante cambios conductuales, alteración de conciencia o crisis epiléptica. El diagnóstico y tratamiento

inmunomodulador precoces son cruciales para el pronóstico neurológico, incluso si existen marcadores microbiológicos positivos que sugieran inicialmente una causa infecciosa.

21. Enfermedad de kawasaki: una presentación atípica

Marta Lacoba Garrido ; César Gavilán Martín ; Vanesa Milenkova Stoycheva ; Aina Suau Pecos ; Inmaculada Lliso Belda ; Sergio Frau Reina ; Paula García Torres ;
María Casarrubios Quiñones
Hospital de San Juan

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda de la infancia cuya principal complicación son las lesiones coronarias. Las formas incompletas o atípicas pueden dificultar el diagnóstico precoz y retrasar el tratamiento. El objetivo de este caso es resaltar la importancia de tener presente esta entidad ante fiebre prolongada sin foco e intensa respuesta inflamatoria sistémica. **Resumen del caso.** Lactante de 22 meses con fiebre elevada de ocho días de evolución sin síntomas asociados ni foco aparente. Presentaba buen estado general entre picos febriles y la exploración física era anodina, sin exantema, adenopatías, alteraciones de extremidades ni conjuntivitis. Analíticamente mostraba intensa respuesta inflamatoria (PCR 40 mg/dL, PCT 9,5 ng/mL), anemia grave (Hb 5,7 g/dL), trombocitosis (544.000/μL), leucocitosis con neutrofilia e hipoalbuminemia, precisando transfusión de concentrado de hematíes. Ante la ausencia de foco infeccioso identificable y la marcada respuesta inflamatoria, se amplió el estudio incluyendo NT-proBNP, que resultó elevado (1225 pg/mL). Estos hallazgos motivaron la realización de ecocardiografía urgente, objetivándose ectasia y aneurismas coronarios compatibles con enfermedad de Kawasaki incompleta. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, ácido acetilsalicílico y corticoterapia precoz, con evolución clínica favorable.

Conclusiones:

1. La enfermedad de Kawasaki debe considerarse ante fiebre prolongada sin foco asociada a intensa respuesta inflamatoria sistémica.
2. Las formas incompletas pueden presentarse sin los criterios clínicos clásicos y retrasar el diagnóstico.
3. La ecocardiografía es una herramienta clave para confirmar el diagnóstico y detectar precozmente afectación coronaria.
4. El tratamiento precoz con inmunoglobulinas reduce el riesgo de complicaciones cardiovasculares.
5. La identificación temprana de pacientes con mayor riesgo coronario permite individualizar el tratamiento y considerar la asociación precoz de corticoides desde el inicio.

22. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto con criterios parciales de activación macrofágica

Desantes Nieto A (1); Jaque Gómez-Aguado J (1); Trigueros Laorden B. (2), Verdoy Aznar I (2); Alcaraz Jiménez PJ (1); Garzón Arana A (1); ; García Martí J (2)
Alcalá Minagorre PJ (1)
(1)Hospital General Universitario Dr Balmis. Alicante.
(2) Hospital General Universitario de Elda. Alicante

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, o linfadenitis histiocítica necrotizante, es una entidad infrecuente en edad pediátrica, de curso habitualmente autolimitado, caracterizada por fiebre y adenopatías cervicales. Su presentación clinicobiológica puede solaparse con procesos infecciosos, autoinmunes y linfoproliferativos. En series pediátricas recientes se describen alteraciones hematológicas e inflamatorias como leucopenia, elevación de LDH, aumento de reactantes de fase aguda y alteración de parámetros de coagulación. Aunque es excepcional, se ha comunicado asociación con síndrome de activación macrofágica, lo que incrementa la complejidad diagnóstica y condiciona el manejo terapéutico.

Caso: Mujer de 12 años remitida para estudio de síndrome febril prolongado de 15 días de evolución asociado a adenopatías. En la

exploración física destaca palidez cutánea leve, adenopatías laterocervicales y hepatomegalia. El estudio analítico muestra leucopenia (neutropenia y linfopenia), trombocitopenia, anemia leve, elevación de LDH, ferritina de 3.590 µg/L, dímero D elevado y discreta citólisis hepática. El despistaje infeccioso, inmunológico y reumatológico inicial no permitió establecer un diagnóstico etiológico. La ecografía cervical evidenció adenopatías izquierdas aumentadas de tamaño, sin signos de abscesificación. Ante la sospecha de proceso linfoproliferativo o inflamatorio sistémico, se realizó biopsia ganglionar y estudio de médula ósea. La citometría de flujo en médula ósea y tejido ganglionar no evidenció infiltración neoplásica, y el medulograma fue compatible con la normalidad. El estudio anatomopatológico ganglionar objetiva necrosis paracortical con apoptosis celular, ausencia de infiltrado neutrofílico y presencia de histiocitos, hallazgos compatibles con linfadenitis histiocítica necrotizante. Ante la persistencia de fiebre, hiperferritinemia y afectación hematológica, se inició corticoterapia sistémica, con respuesta clínica y analítica favorable.

Conclusiones: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de fiebre prolongada con adenopatías cervicales y citopenias en pediatría. Su relevancia radica en que puede mimetizar procesos infecciosos, autoinmunes o neoplásicos, y ocasionalmente asociarse a activación macrofágica. La biopsia ganglionar constituye la prueba diagnóstica de referencia y permite evitar demoras diagnósticas y tratamientos innecesarios. El seguimiento evolutivo es recomendable por el riesgo de recurrencia y por su posible asociación con enfermedades autoinmunes, especialmente lupus eritematoso sistémico.

Imagen 1. Corte histológico de tejido ganglionar (tinción con hematoxilina-eosina).

23. Evolución divergente y toma de decisiones en dos hermanos gemelos idénticos con inmunodeficiencia combinada y vulnerabilidad social

M Queralt Soler Campins ; Isabel Torrús Lopez ; Eduard Pellicer Arasa ; Anahi Galan Moreno ; Silvia Ricart Campos ; Mariela Mercedes De Los Santos De Pelegrin ; Laia Alsina Manrique De Lara ; Laura Monfort Carretero

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos

Presentamos el caso de dos hermanos gemelos con inmunodeficiencia combinada, diagnosticados en fase avanzada, con inicio clínico y social similar, pero evolución posterior divergente. El objetivo es describir cómo esta evolución condiciona estrategias terapéuticas diferentes y ejemplifica la complejidad de la toma de decisiones en un contexto de cronicidad compleja, vulnerabilidad social y nuevas opciones terapéuticas. Resumen del caso

Dos pacientes de 12 años gemelos idénticos (procedentes de Marruecos a los cinco) fueron diagnosticados de inmunodeficiencia combinada grave por defecto de HLA clase II, también conocida como síndrome del linfocito desnudo, en situación avanzada, con infecciones de repetición, replicación intermitente de CMV y bronquiectasias. Hace cuatro años presentaron fallo intestinal grave por enteropatía inflamatoria y precisaron nutrición parenteral (NP) diaria mediante dispositivos, actualmente port-a-cath, con manejo hospitalario prolongado. Tras varios meses de ingreso, se capacitó al padre, único cuidador, y continuaron seguimiento ambulatorio domiciliario estrecho. Reciben profilaxis infecciosas, corticoides, inmunoglobulinas endovenosas cada tres semanas y ustekinumab cada seis (desde hace dos años). Se visitan periódicamente en hospital de día y, ante reagudizaciones, se prioriza el manejo ambulatorio domiciliario mediante coordinación entre equipos de crónicos complejos y paliativos, atención primaria y especialistas.

Posteriormente, la evolución fue distinta. En uno de los hermanos mejoró progresivamente la afectación intestinal, permitiendo retirar la NP. Actualmente mantiene dieta oral, sin infecciones de repetición, y se considera candidato a trasplante hematopoyético haploidéntico curativo. El otro hermano presenta secuelas por CMV, bronquiectasias y hepatoesplenomegalia masiva asociada a la inmunodeficiencia, con afectación multiorgánica persistente, nutrición NP domiciliaria cuatro días por semana y valoración para esplenectomía, por lo que se ha desestimado el trasplante.

Ambos viven en un piso de ayuda social, están escolarizados presencialmente y dependen del mismo cuidador principal. Esta evolución obliga a redefinir objetivos terapéuticos y reevaluar proporcionalidad, pronóstico y expectativas familiares.

Conclusiones

Una misma enfermedad y un contexto semejante pueden conducir a escenarios clínicos y decisiones terapéuticas diferentes: opción curativa en un paciente y enfoque paliativo conservador en el otro. La toma de decisiones requiere valoración dinámica, objetivos explícitos y abordaje multidisciplinar, integrando evolución orgánica, alternativas disponibles, contexto familiar y beneficio esperado.

24. Fístula esofágica espontánea en paciente con neurofibromatosis tipo 1 y alteración grave de la motilidad esofágica

V Pérez Neila ; L Gor Costales ; Sg Olcese Tocre ; K Badillo Navarro ; S Ruiz González ; R Rodríguez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es una enfermedad multisistémica que puede asociar manifestaciones digestivas poco frecuentes. Presentamos el caso de una adolescente con NF1 y ausencia de contractilidad esofágica en la que se diagnosticó una fístula esofágica distal con comunicación mediastínica.

Mujer de 15 años con NF1 en seguimiento multidisciplinar. Entre sus antecedentes destacan múltiples ingresos por cefalea y dolor abdominal recurrente de causa no filiada (con resonancia magnética abdominal sin alteraciones), ausencia de contractilidad esofágica, disfagia crónica y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Consultó por empeoramiento del dolor abdominal habitual, focalizado en epigastrio desde hacía cinco días asociando plenitud posprandial y vómitos alimenticios. Refería también leve dolor torácico. A la exploración se encontraba estable, afebril y con discreta sensibilidad epigástrica, sin signos de irritación peritoneal.

El séptimo día de ingreso, debido al mal control del dolor, sin haberse encontrado hallazgos en la analítica sanguínea ni en la ecografía abdominal, se realizó un tránsito esófago-gastro-duodenal que objetivó una fístula esofágica en el tercio distal, con comunicación hacia mediastino. La tomografía computarizada confirmó una dilatación esofágica difusa y una cavidad aérea de aproximadamente 2cm compatible con perforación esofágica contenida, sin evidencia de masas mediastínicas ni neurofibromas plexiformes.

Se instauró tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral, omeprazol y amoxicilina-clavulánico. Se completó estudio con endoscopia y fibrobroncoscopia observando perforación esofágica cicatrizada en tercio inferior de esófago y fístula traqueoesofágica en tercio superior. La evolución clínica fue favorable, permaneciendo estable y pendiente de cierre quirúrgico definitivo.

Conclusiones: La fístula esofágica es una complicación excepcional en pediatría, pudiendo manifestarse como dolor abdominal o torácico. En este caso coexisten varios factores predisponentes: una alteración grave de la motilidad esofágica con aperistalsis, dilatación esofágica y reflujo gastroesofágico, que podrían

favorecer inflamación crónica y aumento de la presión intraluminal.

Los trastornos graves de la motilidad esofágica deben considerarse factores de riesgo para complicaciones estructurales esofágicas. En pacientes con NF1 es importante sospechar esta patología y realizar estudios de imagen dirigidos cuando la evolución sea atípica.

25. Gemelas monocoriales con distinto fenotipo... cuando la genética lo es todo

Alba Antón González ; Ana María Rivera Figueiras
Hospital General Universitario Dr. Balmis

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) se considera una enfermedad rara, con una prevalencia de 1/30430 nacidos. Se produce por una alteración en el cromosoma 11p15.5, donde encontramos los genes implicados en el crecimiento celular. Existen células que frenarán crecimiento (CDKN1C) y otras que lo estimularán (IGF2). En un niño sano ambos tipos se encuentran en equilibrio, pero en el SBW las células estimuladoras predominan ante las otras, generando el fenotipo clásico de este síndrome. Existe sin embargo un amplio espectro en la sintomatología dependiendo de la afectación genética.

Conocemos tres tipos de alteración genética: el más frecuente (50%) será la pérdida de metilación en el centro de impronta 2 IC2, en el 20% habrá disomía uniparental paterna del cromosoma 11, un 5% tendrá ganancia de metilación del centro de impronta 1 IC1 (H19/IGF2:IG) y por último en un 5% hay una mutación del gen CDKN1C en el alelo materno. Debemos considerar la impronta genómica y el mosaico epigenético ya que darán lugar a diferencias de metilación en tejidos del mismo paciente.

CASO CLÍNICO

RNPT 29+5sg 2055g (p97). Ingresa en UCIN por prematuridad y onfalocele. Gestación gemelar conseguida por FIV, monocorial biamniótica. En la semana 15 visualizan defecto

de pared abdominal sugestivo de onfalocele. Se realizan array y cariotipo que son normales. Por preeclampsia grave con afectación renal de la madre se decide finalizar gestación mediante cesárea en la semana 29+5. Al nacimiento se objetiva fenotipo Beckwith-Wiedemann con onfalocele, macrosomía, angioma plano facial y macroglosia sin hemihipertrofia. En el estudio genético se objetiva pérdida de la metilación en la región IC2 en mosaico del 70%, compatible con SBW.

Su hermana gemela (peso 1273g (p53)) nace sin malformaciones externas. Ante el diagnóstico de su hermana, se realiza estudio genético que confirma la misma mutación en mosaico, aunque no se manifieste fenotípicamente.

Conclusiones: Existen casos previos descritos de gemelas discordantes para SBW

Ambas deberán ser estudiadas y seguidas según protocolo por el riesgo de tumores asociado (a pesar de que la alteración genética encontrada es la que menos riesgo de desarrollo tumoral tiene, un 3%)

26. Hernia interna transmesentérica: reto clínico en el abdomen agudo

Roser Sans Lleixà ; Rocío Conchello Monleón
Hospital Joan XXIII. Tarragona

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente con abdomen agudo secundario a hernia interna transmesentérica, destacando el reto diagnóstico que representa y la trascendencia de un abordaje quirúrgico precoz.

Introducción: Las hernias internas son una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal en pediatría. La variante transmesentérica es la más común dentro de este grupo, habitualmente de etiología congénita por un defecto en el mesenterio. Su diagnóstico preoperatorio constituye un gran desafío clínico debido a una sintomatología inicial muy inespecífica.

Caso clínico: Niña de 2 años y 11 meses con antecedente de síndrome de enterocolitis

inducida por proteínas alimentarias (FPIES) e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en abril de 2024 por shock séptico vs. FPIES.

Acudió a urgencias por dolor abdominal cólico, vómitos alimentarios y postración de 2 horas de evolución. En urgencias se objetivó deshidratación moderada, hiperglucemia y acidosis metabólica leve. Se inició pauta de rehidratación intravenosa sin objetivar mejoría clínica con persistencia de los vómitos y la hipoactividad por lo que se realizó una ecografía abdominal que mostraba abundante líquido libre y signos inespecíficos de colitis. A la exploración física, abdomen blando y depresible, dudosa masa a la palpación de hipocondrio izquierdo.

Ante el mal estado general de la paciente y los hallazgos ecográficos, se realizó una tomografía abdominal donde se objetivó una oclusión intestinal mecánica secundaria a hernia interna por lo que se realizó una laparotomía exploradora. Se objetivó una hernia interna transmesentérica con asas dilatadas pero viables, procediéndose a su reducción, resección del saco herniario y apendicectomía profiláctica, sin requerir resección intestinal. Ingresó en cuidados intensivos para monitorización, cursando con extubación precoz, estabilidad hemodinámica y buena evolución clínica siendo dada de alta hospitalaria al quinto día.

Conclusiones: La hernia interna transmesentérica debe incluirse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo obstructivo en pediatría, incluso ante hallazgos de imagen no concluyentes. La sospecha clínica y la exploración quirúrgica temprana son determinantes para evitar la isquemia intestinal y asegurar un excelente pronóstico.

27. Hiperckemia sintomática. Una etiología excepcional

Ángela Puerta Beteta ; Francisco Gomez Gosalbez
Hospital General Universitario Dr. Balmis

Se trata de un varón de 12 años que derivan del centro de Salud por calambres y

contracturas musculares tras la práctica de ejercicio físico. En ocasiones invalidantes con un desarrollo madurativo normal y una exploración neuromuscular normal.

En la analítica sanguínea destaca unas CK de hasta 2205 U/L que descienden hasta 150 U/L tras dos semanas sin realizar deporte. Función renal, hepática, iones y hemograma normal. Tiene un sedimento urinario normal sin mioglobinuria. Dentro del algoritmo diagnóstico de las hiperCKemias sintomáticas se cuenta el estudio genético, en este se evidencia variante probablemente patogénica c.2902C>T, p.(Pro968Ser) en el gen RYR1. Este resultado es compatible con un diagnóstico genético de Hipertermia maligna de la anestesia.

Las mutaciones en el gen RYR1 crean susceptibilidad clásicamente a desarrollar hipertermia maligna de la anestesia, pero también, se han descrito casos de rabdomiólisis por esfuerzo y calambre y mialgias crónicas. Además, se han descrito nuevos triggers que podrían desencadenar el cuadro clínico como son el calor, fiebre o ejercicio intenso. Estas mutaciones crean susceptibilidad, pero no enfermedad y la probabilidad de desarrollar la enfermedad es multifactorial y difícil de predecir

Este caso destaca la importancia de incluir, dentro del diagnóstico diferencial de las mialgias y calambres, las mutaciones relacionadas con la hipertermia maligna de la anestesia.

28. Hiperfosfataseemia benigna transitoria

Andrea Irene Fullana Carbonell ; Nieves Carretero Borrás ; Julia Jaque Gomez-aguado ; Alba Anton Gonzalez ; Ana Murillo Martinez ; Alberto Marin Muñoz ; Elena Sanz Page ; Pedro Jesus Alcalá Minagorre

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción

La hiperfosfataseemia benigna transitoria es una entidad caracterizada por una elevación marcada de la fosfatasa alcalina (FA) en ausencia de enfermedad hepática, ósea o renal. Su

reconocimiento es importante para evitar exploraciones complementarias innecesarias y potencialmente iatrogénicas.

Caso clínico

Niña de 2 años que consulta en urgencias por deposiciones acólicas de 24 horas de evolución, asociadas a un cuadro catarral leve. A la exploración física presenta buen estado general, sin ictericia ni otros hallazgos patológicos.

La analítica inicial muestra discreta hipertransaminasemia y marcada elevación de FA, con valores normales de bilirrubina, función renal, hemograma y resto de parámetros bioquímicos además de estudio de coagulación normal. Ante estos hallazgos, ingresa para completar el estudio inicial.

Durante el ingreso se objetiva un aumento progresivo de la FA hasta un valor máximo de 8358 U/L. Se realiza ecografía abdominal, descartando patología hepatoiliar y alteraciones hepáticas estructurales. Dado el buen estado general de la paciente, la ausencia de clínica compatible con enfermedad hepática, ósea o renal, la edad y la normalidad del resto de estudios complementarios, se considera el diagnóstico de hiperfosfatemia benigna transitoria

Fue dada de alta hospitalaria con seguimiento por pediatría interna y gastroenterología pediátrica. En los controles posteriores se observó un descenso progresivo de los valores de FA, alcanzando la normalización completa a los 7 meses del diagnóstico.

Conclusiones

La hiperfosfatemia benigna transitoria es una causa frecuente de elevación aislada de la FA en la infancia. Se trata de un diagnóstico de exclusión que debe sospecharse ante elevaciones marcadas de FA en pacientes asintomáticos y ausencia de datos sugestivos de otras patologías. Es necesario que se trate de un paciente menor de 5 años, no encontrar signos de otra patología, que la elevación de FA sea tanto sérica como hepática, y que se produzca un descenso de los

parámetros hasta la normalidad en aproximadamente 4 meses.

El conocimiento de esta entidad permite evitar pruebas complementarias innecesarias y potencialmente iatrogénicas.

29. Hipofisitis linfocitaria en pediatría: cuando una lesión selar no es lo que parece

María Del Carmen López Córdoba ; María Tovar Jaime ; Ana Fernández Pérez
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hipofisitis linfocitaria es una enfermedad inflamatoria crónica e infrecuente de la hipófisis, generalmente autoinmune. Su presentación en edad pediátrica es excepcional y un reto diagnóstico por su capacidad para simular lesiones tumorales hipofisarias. La resonancia magnética (RM) es la prueba de imagen de elección, aunque la confirmación diagnóstica se basa en el estudio anatomopatológico. En los casos sintomáticos, los glucocorticoides representan el tratamiento de primera línea.

El objetivo es describir un caso de hipofisitis linfocitaria con presentación sugestiva de macroadenoma hipofisario, destacando las dificultades diagnósticas y la importancia de un abordaje multidisciplinar.

Paciente de 13 años que ingresa por cefalea frontotemporal progresiva de dos meses de evolución, de predominio nocturno, asociada a alteración visual, en el ojo izquierdo. Además, refería poliuria, polidipsia, nicturia y pérdida ponderal de un mes. En la exploración neurológica destacaba una hemianopsia heterónima bitemporal. La RM cerebral mostró una lesión selar compatible inicialmente con macroadenoma hipofisario con transformación quística, compresión del quiasma óptico y extensión paraselar grado I según la clasificación de Knosp. La tomografía computarizada evidenció ensanchamiento de la silla turca sin destrucción ósea. El estudio del líquido cefalorraquídeo fue normal y la PCR para *Mycobacterium tuberculosis* resultó negativa.

Ante la sospecha de macroadenoma hipofisario complicado con apoplejía hipofisaria, se realizó intervención quirúrgica. Sin embargo, los hallazgos anatomopatológicos fueron compatibles con hipofisitis linfocitaria. Debido a la persistencia del déficit visual, se administraron megabolos de metilprednisolona, con resolución completa de la hemianopsia. Durante el ingreso presentó hiponatremia leve transitoria. La prueba de restricción hídrica confirmó una diabetes insípida central parcial secundaria, por lo que se inició tratamiento con desmopresina, con adecuada respuesta clínica.

Conclusiones. La HL pediátrica es una entidad excepcional que puede simular tumores hipofisarios y dificultar el diagnóstico inicial. La correlación entre los hallazgos clínicos, radiológicos, y anatomopatológicos resulta fundamental. Los glucocorticoides constituyen el tratamiento de elección en pacientes con efecto masa o compromiso visual, pudiendo producir una rápida mejoría clínica. Es imprescindible un seguimiento prolongado para monitorizar la evolución, ajustar el tratamiento hormonal sustitutivo y descartar otras patologías similares.

30. Ictericia y coluria, misma presentación clínica con diferente diagnóstico final.

S Soriano Díaz ; Z Benaches Picó ; M Trilles Barberá ; N Murcia Ramón ; S Pequeño Perez ; M Sempere Morant ; P Valverde Viu ; F Pareja Marín
Hospital General Universitario Virgen de los Lirios.
Alcoy. Alicante

Introducción y objetivos. La ictericia y coluria pediátricas constituyen signos de alarma que requieren diagnóstico sistemático, dado la variedad de patologías, desde alteraciones del metabolismo de la bilirrubina, hemólisis o patología hepatobiliar. Presentamos dos casos clínicos con idéntica clínica pero etiologías distintas, para resaltar el enfoque clínico y secuencia diagnóstica.

Resumen del caso. Varón de 2 años, previamente sano, que consultó por ictericia y coluria, de 3 días de evolución, sin fiebre ni clínica

infecciosa. Negó ingesta de carotenos o fármacos. A la exploración física presentaba tinte pálido-ictérico generalizado, con leve ictericia conjuntival, no masas ni megalias abdominales. En la analítica sanguínea presentaba anemia regenerativa importante con datos de hemólisis (Hb 6,2 g/dl, LDH elevada, hiperbilirrubinemia no conjugada y Coombs directo negativo). El frotis sanguíneo evidenció anisopoiquilocitosis con excentrocitos y células mordidas, compatibles con hemólisis por estrés oxidativo. Rehistoriamos a los padres insistiendo en la dieta, identificando que en las últimas semanas había presentado ingesta diaria abundante de habas crudas, orientándonos hacia un déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

Niña de 8 años, con esferocitosis hereditaria (2 crisis aplásicas previas), refería dolor abdominal en hipocondrio derecho hace 3 días, con vómitos en las últimas horas. Asociaba orinas colúricas. En la exploración se evidenció ictericia generalizada, dolor a la palpación de flanco derecho, con signo de Murphy positivo, esplenomegalia y mínima hepatomegalia. La analítica sanguínea mostraba hiperbilirrubinemia directa marcada e hipertransaminasemia, sin cambios respecto a hemoglobina basal. Solicitamos ecografía abdominal encontrando esplenomegalia de 13 cm y vesícula biliar distendida de paredes engrosadas y colelitiasis múltiple con barro biliar, llegando al diagnóstico de colecistitis aguda litiasica.

Conclusiones. Estos dos casos requieren un diagnóstico sindrómico amplio, iniciando con una buena anamnesis y exploración física para filiar la causa. Seguidamente solicitaremos analítica sanguínea, principalmente para diferenciar entre hiperbilirrubinemia conjugada y no conjugada, además de hemograma, reticulocitos, frotis sanguíneo, LDH, haptoglobina, transaminasas y coagulación. La ecografía abdominal es de especial importancia ante la clínica de dolor abdominal y vómitos o el hallazgo de hepatomegalia o patrón colestásico.

En los casos que se precise se realizará estudio genético.

31. Infección del sistema nervioso central por parechovirus en neonatos: serie de casos de un hospital terciario

Lydia Quintana García De Dionisio ; Remedios Ros Gracia ; Olga Díaz Morales
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción y objetivos. El parechovirus humano (HPeV) es una causa reconocida de fiebre sin foco, síndrome sepsis-like y afectación del sistema nervioso central en lactantes pequeños. Su diagnóstico mediante técnicas moleculares ha aumentado en los últimos años, permitiendo identificar una entidad probablemente infradiagnosticada. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, analíticas y evolutivas de los casos de infección por HPeV diagnosticados en nuestro centro durante los últimos cuatro años.

Resumen del caso. Se presenta una serie de cuatro neonatos con infección por HPeV diagnosticada mediante PCR en LCR durante el periodo 2022-2026. La edad al diagnóstico osciló entre 13 y 22 días de vida. La forma de presentación más frecuente fue la fiebre sin foco, asociando en algunos casos irritabilidad, exantema, síntomas catarrales o gastrointestinales. Los reactantes de fase aguda fueron normales a excepción de un paciente. En el estudio de LCR se objetivó pleocitosis en el 50% de los casos (a expensas de mononucleares), con detección de HPeV mediante técnicas de biología molecular. 2 pacientes recibieron antibioterapia empírica ante la sospecha de infección bacteriana invasiva, suspendiéndose en uno de ellos tras la confirmación etiológica. La evolución clínica fue favorable en todos los casos, sin secuelas neurológicas ni fallecimientos. La estancia hospitalaria mediana fue de 5 días.

Conclusiones y comentarios: La infección por HPeV debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los lactantes pequeños o neonatos con fiebre sin foco y sospecha de infección del

sistema nervioso central, incluso en ausencia de elevación significativa de reactantes de fase aguda o de pleocitosis en líquido cefalorraquídeo. La detección molecular permite alcanzar un diagnóstico etiológico precoz, optimizar el manejo clínico y evitar procedimientos o tratamientos innecesarios.

Los hallazgos de nuestra serie de casos concuerdan con lo descrito en la literatura, con predominio de estas infecciones en neonatos y con evolución generalmente favorable. La presentación clínica de nuestros pacientes sugiere la implicación del genotipo 3 a pesar de no disponer de genotipado rutinario en nuestro centro. Destacar que la presencia de infecciones concomitantes (ITU o infecciones respiratorias) no debe excluir la sospecha de HPeV incluso cuando existan otros diagnósticos alternativos.

32. Infección por *Bartonella henselae* en adolescente con upadacitinib

Carlos Torrá Rodríguez ; Pedro Jesús Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción

Cada vez disponemos en pediatría de más fármacos inmunomoduladores, incluidas terapias biológicas y dirigidas, que pueden modificar el curso de infecciones frecuentes, favoreciendo manifestaciones más intensas, prolongadas o atípicas.

En relación con lo mencionado se presenta una infección por *Bartonella henselae* de curso atípico en una niña que estaba recibiendo un tratamiento inmunomodulador

Caso

Adolescente de 13 años con dermatitis atópica en tratamiento con upadacitinib, ingresada por tumoración cervical izquierda dolorosa de tres semanas de evolución, progresiva pese a antibioterapia. Asociaba fiebre, sudoración nocturna, pérdida ponderal y limitación funcional del miembro superior izquierdo. Convivía con tres gatos domésticos.

A la exploración presentaba una masa cervical izquierda de 5 cm, dolorosa, sin eritema

ni signos flogóticos cutáneos y sin adenopatías en otras localizaciones. El hemograma y la bioquímica fueron normales, con elevación de VSG. La ecografía cervical mostró un conglomerado adenopático patológico con efecto masa sobre la vena yugular, que posteriormente evolucionó a lesión quística heterogénea con cambios necróticos.

Por la clínica constitucional, el tamaño de la lesión y la inmunomodulación, se realizó estudio oncohematológico, sin evidencia de infiltración neoplásica. La biopsia con aguja gruesa obtuvo abundante contenido purulento y tejido linfoide reactivo. La serología para *B. henselae* fue positiva, hallazgo orientativo, pero no definitivo por la elevada prevalencia de seropositividad en población sana. Por ello, la PCR en material ganglionar o purulento debe considerarse la técnica de mayor utilidad para confirmar la etiología cuando existe muestra disponible, como lo fue en el caso de la paciente.

Se suspendió temporalmente upadacitinib y se trató con azitromicina y doxiciclina, con evolución clínica, analítica y radiológica favorable.

Conclusiones. La inmunomodulación puede transformar una infección frecuente en un cuadro clínicamente grave o atípico. Por lo que, en función del mecanismo de acción del fármaco inmunomodulador se debe considerar el riesgo específico de infección.

En pacientes tratados con inhibidores JAK, la bartonelosis puede cursar de forma atípica y simular patología oncohematológica. La serología debe interpretarse con cautela, priorizando la PCR sobre muestra ganglionar o purulenta si está accesible.

El manejo requiere abordaje multidisciplinar y valoración individualizada de la suspensión temporal del inmunomodulador.

33. Insuficiencia respiratoria súbita y grave como forma de presentación de síndrome miasteniforme congénito

Isabel Gimeno Sánchez (1); Sara Vila Bedmar (1); María

Paz Guerrero Molina (1); Juan Jesús Sanchez-Cañete Bernal (1); David Belillas Núñez (1); Antonella Olivieri (2); Michela Parisi (1); Maria Esmeralda Pombrol Cruz (1)

(1)Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

(2)Hospital Pediátrico Bambino Gesù. Roma

Introducción y objetivos. : Los síndromes miasténicos congénitos constituyen un conjunto de enfermedades que por distintos mecanismos comprometen la transmisión de la unión neuromuscular. Pese a su gran heterogeneidad clínica, hay claves diagnósticas que nos hacen sospecharlas: debilidad facial y ptosis con afectación ocular, bulbar o de extremidades, frecuentemente asimétrica, fluctuante y con fatigabilidad presente desde el nacimiento o la primera infancia y exacerbada por procesos intercurrentes. Una forma presentación infrecuente pero grave es a través de un episodio de apnea súbito secundario de debilidad de la musculatura respiratoria a menudo desencadenado por una infección intercurrente.

Resumen del caso. Lactante de 9 meses que es traída a Urgencias de su hospital de referencia por cuadro fiebre de 36h de evolución asociado a diarrea leve. La exploración en Urgencias es normal y pasa a sala de observación. Seis horas después presenta dificultad respiratoria súbita marcada con estridor inspiratorio. Se realiza prueba terapéutica con salbutamol y adrenalina nebulizados sin respuesta, finalmente requiere intubación orotraqueal y se traslada a UCip de nuestro centro. En UCip se extuba sin complicaciones en 24 horas y se traslada a planta de hospitalización. En planta destaca disfonía importante por lo que se solicita laringoscopia siendo normal. Además, se aprecia de forma intermitente ptosis y debilidad facial que la familia ya había advertido previamente. Tras ser valorada Neuropediatría se realiza electromiografía con estimulación repetitiva apreciándose un patrón decremental patológico compatible con trastorno de la unión neuromuscular. Determinación de CK normal y anticuerpos anti receptor de acetil colina y anti-

musk negativos. Panel genético de síndrome miasteniformes negativo. Se realiza prueba terapéutica en UCIP con neostigmina iv con respuesta sutil, pero positiva por lo que se inicia tratamiento con piridostigmina oral. La evolución es favorable por lo que la paciente puede ser dada de alta a domicilio.

Conclusiones y comentarios: La insuficiencia respiratoria grave y súbita como primera manifestación de un síndrome miasteniforme congénito es una forma de presentación poco habitual pero grave que puede pasar inadvertida inicialmente bajo otros diagnósticos como BRUE o laringitis aguda.

34. Kawasaki atípico, ¿pero tan atípico?

Mercedes Toledo González ; Caludia Vicente Andreo ; Alejandro López Jiménez ; Juan José Nieto Barceló ; Carmen Cros Cuellos ; Irene Isabel Gómez Rodríguez ; Lucía García Vizcaíno ; Alberto Jiménez Martínez
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda de la infancia cuyo diagnóstico continúa siendo retórico cuando hay presentación clínica incompleta. Aunque la afectación renal puede aparecer durante su evolución, la insuficiencia renal aguda grave como forma de debut es infrecuente y puede desviar la sospecha diagnóstica hacia otras entidades. Presentamos un caso de enfermedad de Kawasaki incompleta inicialmente enmascarada por un fracaso renal agudo severo y un cuadro gastrointestinal concomitante.

Caso: Lactante de 21 meses que consulta por fiebre e hiporexia de 4 días de evolución, asociando vómitos y diarrea en las primeras 48 horas. A la exploración presenta labios fisurados y edema de extremidades. La analítica muestra insuficiencia renal aguda grave (creatinina 4,99 mg/dL, urea 238 mg/dL, filtrado glomerular estimado 8 mL/min/1,73 m²), leucocitosis y elevación marcada de reactantes de fase aguda (PCR 39,5 mg/dL; procalcitonina 50 ng/mL), por lo que es derivado a UCIP ante la sospecha de

síndrome hemolítico urémico. Durante el ingreso se descarta hemólisis microangiopática mediante estudio analítico y frotis sin esquistocitos. En heces se detecta Giardia lamblia, iniciándose tratamiento con metronidazol. Presenta mejoría progresiva de la función renal sin precisar terapia sustitutiva, pero persiste la fiebre más de siete días. Ante esta evolución se realiza una reevaluación clínica y anamnesis dirigida. Los padres aportan fotografías en las que se objetivan exantema e hiperemia conjuntival bilateral. La revisión retrospectiva revela además cambios orales y edema de extremidades, compatibles con enfermedad de Kawasaki incompleta. Analíticamente destacaban anemia, leucocitosis, hipoalbuminemia, piuria estéril y trombocitosis progresiva. El ecocardiograma no mostró alteraciones coronarias. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, ácido acetilsalicílico y metilprednisolona, con resolución de la fiebre y mejoría clínica y analítica. Durante la evolución presentó descamación periungueal y trombocitosis superior a 900.000/μL.

Conclusiones: La enfermedad de Kawasaki incompleta debe considerarse ante fiebre prolongada y elevación de reactantes de fase aguda, incluso cuando existan diagnósticos alternativos. La insuficiencia renal aguda grave constituye una forma de presentación infrecuente que puede retrasar el diagnóstico. La reevaluación clínica seriada y la documentación fotográfica aportada por la familia fueron determinantes para alcanzar el diagnóstico e instaurar tratamiento precoz.

35. La coordinación multidisciplinar como herramienta terapéutica en los pacientes pediátricos con patología crónica y compleja: a propósito de un caso

Juan Jesús Sánchez-cañete Bernal ; Macarena Asencio Lado ; David Belillas Núñez ; Pilar Cedena Romero ; Isabel Gimeno Sánchez ; Raquel Núñez Ramos ; Nerea Salmón
Rodríguez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción y objetivos. El incremento de la prevalencia de niños con enfermedades crónicas y complejas genera nuevos retos asistenciales, entre ellos la necesidad de coordinar múltiples equipos profesionales, niveles asistenciales y toma de decisiones. En este contexto, Pediatría Interna Hospitalaria desempeña un papel clave como elemento integrador en la atención de estos pacientes. El objetivo del presente trabajo es describir el impacto de la coordinación multidisciplinar en la evolución de un paciente pediátrico con afectación multiorgánica grave y elevada complejidad médica.

Resumen del caso. Niño de 8 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCIP por insuficiencia renal aguda grave e insuficiencia respiratoria, evolucionando a parada cardiorrespiratoria con necesidad de reanimación avanzada, soporte mediante ECMO veno-venosa y terapia renal sustitutiva continua. Desarrolla una encefalopatía grave con deterioro neurológico progresivo y hallazgos radiológicos sugestivos de enfermedad metabólica o mitocondrial. Ante dicha afectación multiorgánica, se realizaron múltiples sesiones multidisciplinarias y un amplio estudio etiológico que incluyó enfermedades infecciosas, autoinmunes, metabólicas y genéticas, sin alcanzarse un diagnóstico definitivo.

Tras dos meses de ingreso en UCIP, ante la gravedad del cuadro, ausencia de mejoría tras el amplio tratamiento empírico realizado y el esperado mal pronóstico, se consensuó con la familia la adecuación del esfuerzo terapéutico y su traslado a planta. No obstante, durante la hospitalización en Pediatría Interna Hospitalaria, la evolución fue favorable, con recuperación parcial de la función renal y neurológica, permitiendo el alta domiciliaria con seguimiento multidisciplinar ambulatorio coordinado. En los más de tres meses de ingreso precisó la intervención de más de diez especialidades pediátricas.

Conclusiones y comentarios. La reevaluación continua del caso, la integración de múltiples especialistas y la participación activa de la familia resultaron fundamentales para la toma de decisiones en un escenario de elevada incertidumbre diagnóstica y pronóstica. Pediatría Interna Hospitalaria actuó como eje coordinador del proceso asistencial, garantizando la continuidad de cuidados y la comunicación entre profesionales y familia. Este caso refleja que la coordinación multidisciplinar debe considerarse una herramienta terapéutica en sí misma, con impacto directo sobre la calidad de la atención y los resultados clínicos.

36. Lactante con hipertransaminasemia y elevación de procalcitonina: la importancia de la anamnesis

E Mestre Ferrández ; Mc Vicent Castelló ; T Ródenas Garcinuño ; D García Máñez ; A Cutillas García ; P Luis Herrera ; C Valdivia Villodre ; Pj Alcalá Minagorre Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción. Las transaminasas pueden elevarse ante múltiples etiologías, incluyendo infecciones, enfermedades metabólicas y toxicidad farmacológica. La procalcitonina es un biomarcador útil de infección bacteriana, aunque también puede elevarse en situaciones de inflamación sistémica y daño tisular. La interpretación de ambos parámetros requiere una valoración integrada con el contexto clínico y los antecedentes del paciente.

Resumen del caso. Presentamos el caso de un lactante de 15 meses que acudió a Urgencias por fiebre de 5 días de evolución, asociada a tos y mucosidad. En los últimos 3 días había presentado además vómitos, deposiciones líquidas e intolerancia oral. A la exploración física destacaba palidez cutánea y hepatomegalia de aproximadamente un través de dedo. En la analítica realizada en Urgencias destacaban elevación de transaminasas (GOT 502 U/L y GPT 594 U/L) y de procalcitonina de 270 ng/mL, con PCR normal. En el hemograma presentaba leucocitosis de 12.200/ μ L con un 36,2% de neutrófilos. Se ingresa para completar estudio.

Inicialmente se planteó el diagnóstico diferencial de hepatitis infecciosa, realizándose serologías virales que resultaron negativas. Se completó el estudio con aspirado nasofaríngeo, positivo para rinovirus/enterovirus, estudio de heces y de orina sin alteraciones, y hemocultivo negativo. En la ecografía abdominal se objetivó como hallazgo incidental la presencia de riñón en herradura. Dada la persistencia de cifras de procalcitonina superiores a 100 ng/mL en controles sucesivos, se inició antibioterapia empírica y se amplió la anamnesis, refiriendo la madre la administración domiciliar de dosis supraterapéuticas de paracetamol, aproximadamente 27 mg/kg por dosis durante los cuatro días previos al ingreso y hasta 45 mg/kg por dosis en las 24 horas previas.

Se solicitaron niveles plasmáticos de paracetamol, que resultaron detectables pese a llevar cinco días sin recibir el fármaco. Se estableció el diagnóstico de intoxicación crónica por paracetamol y se inició tratamiento con N-acetilcisteína, con evolución favorable y mejoría clínica y analítica progresivas.

Conclusiones

- La elevación de procalcitonina debe interpretarse siempre en el contexto clínico del paciente
- Una anamnesis detallada incluye la revisión de la medicación administrada en domicilio y sus dosis
- La educación sanitaria sobre la correcta dosificación de los fármacos es clave para prevenir efectos adversos graves

37. Las aminoacidopatías y su variabilidad clínica en nuestra área

Mireia Trilles Barberá ; Fátima Pareja Marin ; Nerea Murcia Ramón ; Mauro Sempere Morant ; Sergio Soriano Díaz ; Silvia Pequeño Pérez ; Zaida Benaches Picó

Hospital General Universitario Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante

Introducción y objetivos. Las metabolopatías son enfermedades raras y

congénitas, caracterizadas por alteraciones genéticas que dan lugar a modificaciones en la síntesis de proteínas, pudiendo afectar al procesamiento de proteínas (aminoácidos), hidratos de carbono y/o lípidos y modificando el funcionamiento normal de las células del organismo. La clínica es variable, según la alteración metabólica de cada paciente, pudiendo presentarse como proceso agudo grave y/o empeoramiento progresivo, siendo importante en ambos casos su diagnóstico y tratamiento precoz.

Se presenta una serie de casos de errores innatos del metabolismo de los aminoácidos de nuestra área, comentando el diagnóstico, su estado actual y las descompensaciones y tratamiento de las mismas.

Resumen. Se incluyen en la tabla adjunta los errores innatos del metabolismo de aminoácidos con diagnóstico en nuestra área, todos ellos de herencia autosómica recesiva. La hiperglicinemia no cetósica es una encefalopatía por acumulación de glicina y diagnosticada en periodo neonatal por convulsiones refractarias a tratamiento e hipotonía, presentando descompensaciones epilépticas desde el diagnóstico.

La acidemia propiónica se debe a la alteración de la propionil CoA-carboxilasa, afectándose el metabolismo intermediario de Isoleucina, Valina, Metionina y Treonina y de algunos ácidos grasos, con acumulación de ácidos orgánicos y generando retraso del desarrollo psicomotor y descompensaciones generalmente en cuadros infecciosos.

La fenilcetonuria tipo hiperfenilalaninemia fue diagnosticada con las pruebas metabólicas neonatales en paciente asintomática y actualmente lleva seguimiento clínico-nutricional, sin incidencias relevantes.

La hipreprolinemia tipo 1 es un déficit de prolina oxidasa, diagnosticado en estudio de retraso global del desarrollo y alteraciones de conducta en paciente escolar procedente de otro país.

Y, por último, la aciduria glutárica tipo I es el déficit de glutaril-CoA-deshidrogenasa (GCDH), detectado en pruebas metabólicas neonatales en paciente con clínica de extrasístoles al nacimiento y sin descompensaciones por el momento.

Conclusiones. Las aminoacidopatías requieren un diagnóstico precoz, siendo importantes el cribado metabólico neonatal y la sospecha clínica, especialmente en áreas de población con elevada consanguinidad. Además, debemos conocer la patología metabólica de nuestra área, para realizar el seguimiento y ofrecer la mejor atención en posibles descompensaciones de estos pacientes.

38. Leishmaniasis visceral: reto diagnóstico ante PCR persistente y deterioro clínico

Carla Palacios Sáez-guinea ; Rocio Conchello Monleon ; Olga Calavia Garsaball
Hospital universitari Joan XXIII

Introducción y objetivos. La recidiva de la leishmaniasis visceral en pediatría es infrecuente, pero supone un reto diagnóstico tras una respuesta clínica inicial favorable. Su sospecha es clave ante la reaparición de síntomas, especialmente en evoluciones atípicas. El objetivo es describir un caso en el que la clínica, los hallazgos analíticos y la evolución condicionaron la actitud terapéutica.

Resumen del caso. Lactante de 11 meses con antecedente reciente de leishmaniasis visceral (11 días de fiebre, hepatoesplenomegalia, pancitopenia y PCR positiva para Leishmania en sangre) tratada con anfotericina B liposomal (4 mg/kg/día durante 5 días y dosis en día +10), con buena evolución inicial

Seis semanas después consultó por fiebre de 72 horas en contexto de infección respiratoria con PCR positiva para adenovirus. Ingresó por hipertransaminasemia y nueva pancitopenia, inicialmente atribuida al proceso viral.

Durante el ingreso presentó fiebre persistente, empeoramiento de la hipertransaminasemia (ALT 1197 U/L, AST 472

U/L) y pancitopenia progresiva (Hb 6,7 g/dL, neutrófilos 960/ μ L, plaquetas 64.000/ μ L). La PCR para Leishmania en sangre seguía positiva a los dos meses, planteando el diagnóstico diferencial entre persistencia de material genético y recidiva.

Ante evolución clínica tras 8 días de fiebre, se inició nueva pauta de anfotericina B, con rápida respuesta y posterior optimización hasta dosis acumulada de 40 mg/kg. Se realizó estudio inmunológico, incluyendo test de oxidación para descartar enfermedad granulomatosa crónica.

Conclusiones y comentarios: Debemos sospechar recaída de leishmaniasis visceral ante fiebre persistente y empeoramiento hematológico tras tratamiento, incluso con infecciones concomitantes.

La PCR positiva debe interpretarse en el contexto clínico y analítico, ya que puede reflejar detección de material genético residual y no necesariamente enfermedad activa.

En casos atípicos o recaídas, es fundamental descartar inmunodeficiencias subyacentes.

39. Macroglosia en el síndrome de beckwith-wiedemann: mucho más que una alteración en la cavidad oral

Antonio Torres León ; Blanca Toledo Del Castillo ; María Isabel González Sánchez ; Marta Pinto Rubio ; Jorge Huerta Aragonés ; Alicia Fernández González
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

La macroglosia es un hallazgo infrecuente en Pediatría que puede constituir la manifestación inicial de enfermedades sindrómicas, como el síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW), donde constituye uno de los criterios cardinales incluidos en el consenso internacional de 2018. La heterogeneidad fenotípica de esta entidad hace necesaria una valoración integral para reconocer las manifestaciones asociadas y establecer un adecuado seguimiento.

Caso

Presentamos tres lactantes prematuros con peso elevado para la edad gestacional y macroglosia progresiva desde el nacimiento, asociada a dificultades para la alimentación y alteraciones posturales durante el sueño.

En la exploración física destacaban la macroglosia y los defectos de la pared abdominal (dos onfaloceles y una hernia umbilical). Además, en un caso se documentó placentomegalia.

Ante una macroglosia progresiva se planteó diagnóstico diferencial con hipotiroidismo congénito, enfermedades por depósito, malformaciones vasculares y procesos infiltrativos o neoplásicos. La ausencia de alteraciones estructurales en las pruebas de imagen y la normalidad del estudio endocrino-metabólico orientaron la sospecha hacia SBW. El estudio molecular confirmó en los tres pacientes una hipometilación de ICR2. La valoración multidisciplinar identificó una taquicardia supraventricular por vía accesoria en un paciente y, en otro, hipertrabeculación del ventrículo izquierdo, microcefalia e hipopigmentación retiniana.

Dos lactantes presentaron macroglosia severa con imposibilidad para mantener la lengua dentro de la cavidad oral(BIG3) y repercusión significativa sobre la nutrición oral, por lo que se realizó glossectomía parcial entre los 2-4 meses de vida, con buena evolución clínica. En el tercer paciente(BIG2) se optó por actitud expectante, persistiendo dificultades para la alimentación.

Conclusiones y discusión:

La macroglosia no debe infravalorarse, ya que puede actuar como signo centinela para la sospecha precoz del SBW en ausencia de manifestaciones mayores evidentes y constituir el principal determinante de la calidad de vida durante el primer año. Nuestra serie ilustra que la repercusión funcional sobre la alimentación, incluso sin compromiso respiratorio asociado, puede justificar una reducción lingual precoz.

La homogeneidad clínica observada en nuestros pacientes, todos con hipometilación de ICR2, refuerza la asociación fenotipo-genotipo

descrita. Las alteraciones cardiológicas, neurológicas y oftalmológicas identificadas ponen de manifiesto la necesidad de una valoración y seguimiento integrales, más allá del cribado tumoral.

40. Mamá, algo se mueve en mi cabeza

Aina Bertomeu Bertomeu ; Valeria Andrés Alonso ; Mar Peris Sendra ; Malena Pena Lahoz ; Andrea Molla álamo ; Julia Miñana Olivares ; Carlos Miguel Angelats Romero

Hospital Francesc de Borja, Gandia, Valencia

Escolar mujer de 8 años que consultó en Urgencias de Pediatría por presentar dos lesiones en cuero cabelludo de evolución tórpida. La madre explica que le parece haber visto algo moverse en el interior de una herida la tarde anterior. Como antecedente epidemiológico, destaca un viaje reciente a Ecuador el mes previo, en que la primera semana se golpeó la cabeza con un juguete produciéndose dos heridas y después realizaron un viaje al Amazonas. Se estaba curando la herida con clorhexidina, pero continuaba con supuración clara y leve protrusión. Afebril en todo momento. No presentaba ningún tipo de sintomatología. Al examen físico, constantes normales. Exploración física normal salvo dos lesiones nódulo-eritematosas de 3mm de diámetro con poro central, evidenciándose una larva en cada orificio. Bajo la sospecha diagnóstica de miasis cutánea forunculoide, ingresó en planta de pediatría. Se pautó antibioterapia empírica con amoxicilina-ácido clavulánico oral 50mg/kg/día, mupirocina tópica, analgesia con ibuprofeno e ivermectina oral 3mg al día. Se realiza interconsulta a dermatología. Previo al inicio del tratamiento se cursa muestra del exudado de la herida. Los estudios microbiológicos del exudado de la lesión (tinción de Gram y cultivos) descartaron sobreinfección bacteriana o fúngica, reportando únicamente flora saprófita cutánea. Para el abordaje mecánico, se realizó oclusión de la herida con vaselina durante 24h. Mediante presión digital en la lesión se logró la extracción

exitosa de una larva madura, identificada microbiológicamente como *Dermatobia hominis*. Ante la persistencia de restos de la segunda larva, se procedió a su extracción mediante mínima incisión quirúrgica bajo sedación con ketamina intravenosa (1mg/kg) sin incidencias. La paciente permaneció asintomática durante el ingreso, sin presentar fiebre. Tras constatar una adecuada tolerancia oral, se decidió de forma conjunta con dermatología el alta hospitalaria con tratamiento antibiótico oral con amoxicilina- ácido clavulánico hasta completar 7 días, realizar curas de la herida y seguimiento por su pediatra de Atención Primaria.

41. Manejo conservador del derrame pleural paraneumónico en pediatría: ¿prudencia o retraso terapéutico?

Vanessa Milenkova Stoycheva ; César Gavilán Martín ; Marta Lacoba Garrido ; Inmaculada Lliso Belda ; Aina Suau Pecos ; Paula García Torres ; Sergio Frau Reina ; Paula Vera García
Hospital Universitario de San Juan de Alicante

Introducción. El derrame pleural paraneumónico (DPPN) es una complicación frecuente de la neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Aunque la tendencia actual prioriza el manejo conservador apoyado en la ecografía torácica, existe controversia sobre el momento óptimo de intervención, especialmente en derrames mayores de 10 mm o con factores de riesgo.

El objetivo es presentar un caso de DPPN con evolución desfavorable tras manejo conservador inicial y reflexionar sobre el momento óptimo de intervención, proponiendo un algoritmo de actuación basado en guías actuales que facilite la decisión entre manejo conservador y abordaje invasivo precoz.

Resumen del caso. Escolar varón de 10 años con neumonía y coinfección por gripe B que desarrolla un DPPN mayor de 10 mm, sin tabiques ecográficos. Tras presentar mejoría inicial con antibioterapia intravenosa, se opta por manejo conservador y alta hospitalaria.

Días después reingresa por dolor pleurítico intenso y progresión del derrame, objetivándose septos y hallazgos compatibles con empiema en ecografía y TC torácica. Requiere ingreso en UCIP para colocación de drenaje pleural con fibrinolíticos y antibioterapia de amplio espectro, con evolución posterior favorable.

Conclusiones y comentarios: El DPPN es una entidad cambiante cuya evolución puede ser impredecible, incluso tras una respuesta clínica inicial favorable.

La ecografía torácica es clave, pero puede infraestimar la gravedad en fases precoces. La toracocentesis pierde peso para orientar la actitud terapéutica.

Factores como la neumonía multilobar y la coinfección viral (VRS, gripe) deben alertar sobre una posible mala evolución.

El retraso en el drenaje pleural puede condicionar la progresión a empiema y complicar el manejo.

Es imprescindible individualizar el tratamiento según el balance riesgo-beneficio y los recursos del centro. Este caso cuestiona si una actitud excesivamente conservadora, bajo el principio de *primum non nocere*, puede ser tan perjudicial como el intervencionismo precoz. El desafío es encontrar el equilibrio. Proponemos un algoritmo de actuación como herramienta en la toma de decisiones, a la hora de elegir entre manejo conservador o invasivo.

42. Más allá de una celulitis: diagnóstico de fascitis necrotizante en pediatría

Cristina Valdivia Villodre ; Julia Jaque Gómez-Aguado ; Alicia Desantes Nieto ; Lucía Lillo Laguna ; Beatriz Castillo Gómez ; Ángela Puerta Beteta ; Diego García Mañez ; Patricia Luis Herrera
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción: Las infecciones de la piel y partes blandas están entre las infecciones más frecuentes en Pediatría. La fascitis necrosante es una infección grave y rápidamente progresiva, afectando a fascia, tejido adiposo y músculos.

Produce necrosis tisular y toxicidad sistémica. Microbiológicamente se clasifican en: tipo I polimicrobiana (bacterias aerobias y anaerobias) y tipo II monomicrobiana (*S. pyogenes*). Clínicamente cursa con dolor intenso desproporcionado a los hallazgos. Inicialmente presenta eritema, edema y calor, progresando rápidamente (24-48h) a coloración púrpura y finalmente azul-grisáceo, pudiendo asociar ampollas hemorrágicas. Asocia síntomas sistémicos. El diagnóstico definitivo se logra mediante exploración quirúrgica y toma de muestras para cultivo. El tratamiento debe iniciarse empíricamente.

Resumen del caso. Niña de 6 años que consulta por dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo, junto a lesiones cutáneas tras una picadura de insecto, de 24 horas de evolución. Asocia fiebre de hasta 39.9 °C. A la exploración: extensa celulitis con flictenas en miembro inferior izquierdo y dolor intenso a la palpación. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia ($22,09 \times 10^3/\mu\text{L}$), elevación de reactantes de fase aguda (PCR 17 mg/dL, PCT 0.67 ng/dL) y alteración de la coagulación (INR 1.87, Índice de Quick 43%)

Los hemocultivos y cultivos del exudado resultaron negativos, identificándose *Streptococcus pyogenes* mediante PCR de exudado. El TAC inicial mostró únicamente cambios compatibles con celulitis, sin afectación de planos profundos. Sin embargo, ante la persistencia del dolor intenso y el empeoramiento clínico, se repitió la prueba a las 48 horas, observándose hallazgos sugestivos de fascitis necrotizante que motivaron exploración quirúrgica urgente mediante fasciotomía y desbridamiento.

Se inicia antibioterapia de amplio espectro. Mantiene 18 días de antibioterapia intravenosa y curas cada 48 horas por parte de Traumatología, recibiendo el alta hospitalaria tras mejoría clínica y analítica, con controles con Traumatología.

Conclusiones: La fascitis necrotizante es una infección poco frecuente pero muy grave por su rápida progresión. Este caso pone de manifiesto la importancia de mantener una sospecha diagnóstica en relación con la clínica pese a pruebas iniciales no concluyentes. El diagnóstico precoz y el tratamiento médico-quirúrgico urgente son fundamentales para mejorar el pronóstico.

43. Más allá del crup: estridor recurrente en lactante por hemangioma subglótico

L. Rodríguez Gussinyer ; G. Armero Campos ; R. García Romero ; E. Baselga ; V. P. Celis Passini ; M. J. Adroher Muñoz ; N. Macías Rodríguez ; M. Fernández De Sevilla Estrach

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción y objetivos. El estridor es un motivo frecuente de consulta, asociado a laringitis viral o laringomalacia. Sin embargo, su persistencia o recurrencia obliga a descartar otras causas estructurales. Los hemangiomas pueden afectar la vía aérea, especialmente en pacientes con hemangiomas segmentarios en la zona de la barba, aunque también en pacientes con hemangiomas focales, en otras localizaciones o incluso sin hemangiomas cutáneos. Presentamos un caso de estridor recurrente en un lactante de 3 meses con un hemangioma segmentario de proliferación mínima en cuero cabelludo cuyo diagnóstico fue un hemangioma subglótico.

Resumen del caso. Lactante de 3 meses, con antecedente de un hemangioma segmentario de proliferación mínima en región temporal de cuero cabelludo y en estudio por síndrome de PHACE, que inicia episodios de estridor intermitente el primer mes de vida con mejoría transitoria tras dexametasona. En otro centro se observa laringomalacia por nasofibroscoopia hasta región glótica. Ingresa por dificultad respiratoria y estridor bifásico en reposo en contexto de infección de vías altas. Recibe corticoterapia con mejoría transitoria. La PCR multiplex es positiva para rinovirus y coronavirus NL63. Ante

recurrencia del estridor, y por la presencia de un hemangioma segmentario en cuero cabelludo, se completa el estudio de síndrome de PHACE (hemangioma infantil segmentario cervicofacial con malformaciones de fosa posterior, anomalías arteriales, cardíacas/coartación aórtica y oculares) incluyendo ecocardiografía, valoración oftalmológica, resonancia y angiorensonancia magnética cerebral, así como angio-TC cervical y torácica. Éstas descartan manifestaciones del síndrome de PHACE, pero identifican un hemangioma subglótico y una lesión vascular mediastínica sugestiva de hemangioma. Se inicia tratamiento con propranolol a 2 mg/kg/día con resolución del estridor en 24 horas. Permanece asintomático pendiente de evolución en 6 meses.

Conclusiones y comentarios: El hemangioma subglótico debe considerarse en el diagnóstico diferencial del estridor recurrente en lactantes, especialmente en presencia de hemangiomas cutáneos. La rápida respuesta al propranolol constituye un elemento terapéutico y diagnóstico clave. Este caso subraya la necesidad de reevaluar diagnósticos iniciales como laringomalacia ante evolución atípica y realizar un estudio sistemático para descartar asociaciones sindrómicas.

44. Más allá del síncope

Nerea Murcia Ramón ; Carla Miró Vicedo ; Mireia Trilles Barberá ; Zaida Benaches Picó ; Sergio Soriano Díaz ; Mauro Sempere Morant ; Alba Aviñó Llácer
Hospital General Universitario Virgen de los Lirios.
Alicoy. Alicante

Introducción. El síncope es la pérdida transitoria y completa de consciencia y tono muscular por hipoperfusión cerebral global transitoria. Se caracteriza por ser rápida, de corta duración y recuperación espontánea completa y sin secuelas neurológicas. Existen síncope neuromediados (vasovagales, situacionales, espasmos del sollozo...), por hipotensión ortostática y de origen cardíaco. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otros cuadros con pérdida de consciencia que no

sean súbitos, sin pérdida completa de consciencia, sin recuperación espontánea o que no sean secundarios a hipoperfusión cerebral. Puede añadirse más dificultad si además asocian movimientos tónicos/clónicos creando confusión entre síncope convulsivo y crisis epiléptica.

Resumen de los casos. Adolescente varón de 13 años, sin antecedentes de interés, que presenta síncope mientras realiza ejercicio físico. Asociaba amnesia del episodio, un vómito, palidez cutánea, debilidad y caída al suelo iniciando rigidez generalizada y movimientos clónicos. Exploración completa normal. Al mes, presenta un nuevo episodio similar.

Se presenta, un segundo caso de una escolar mujer de 6 años, sin antecedentes de interés, consultan por un episodio de desvanecimiento con pérdida de consciencia en bipedestación. Niegan factores desencadenantes (calor, ayuno, infecciones intercurrentes...). No asoció movimientos anormales, desviación de la mirada ni otra clínica acompañante. Posteriormente, palidez cutánea y cefalea. Exploración completa normal. Referían dos meses antes un episodio de las mismas características.

En ambos casos ante episodios recurrentes, sin presentar pródromos típicos vasovagales y con una historia atípica, se solicitaron electrocardiograma (ECG), ecocardiografía y resonancia magnética cerebral que fueron normales. También, electroencefalograma resultando diagnóstico para ambos. En el primer caso con actividad epileptiforme en área frontal y en el segundo, trazado compatible con crisis de ausencia o crisis generalizadas atónicas. En ambos se inicio el ácido valproico y no presentaron nuevos episodios.

Conclusiones. La mayoría de síncope en pediatría son de etiología benigna, en general una anamnesis detallada, exploración física y ECG bastan para establecer el diagnóstico. La presencia de movimientos clónicos/tónicos durante el episodio no excluye el diagnóstico de

síncope. No obstante, en aquellos casos que presenten hallazgos clínicos discordantes, episodios recurrentes o ausencia de pródromos típicos debe considerarse completar el estudio con pruebas neurológicas específicas.

45. Mastoiditis complicada por *Fusobacterium necrophorum*

Ascensión Cutillas García ; Estela Mestre Ferrández ; Cristina Valdivia Villodre ; Patricia Luis Herrera ; Diego García Mañez ; Teresa Ródenas Garcinuño ; Ángela Puerta Beteta; Pedro J Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción La mastoiditis aguda es la complicación más frecuente de la otitis media aguda en la edad pediátrica. Las formas complicadas representan aproximadamente el 15–30%. En los últimos años se ha observado un incremento de la implicación de *Fusobacterium necrophorum*, un bacilo gramnegativo anaerobio de la flora habitual de la cavidad oral, tracto gastrointestinal y genital. Este microorganismo destaca por su elevada capacidad invasiva y su asociación con complicaciones graves, especialmente intracraneales y tromboticas, como trombosis de senos venosos, tromboflebitis yugular interna (síndrome de Lemierre), abscesos epidurales y osteomielitis, lo que suele requerir un abordaje médico-quirúrgico intensivo.

Resumen del caso. Se presenta el caso de una niña de 21 meses con otomastoiditis bilateral complicada por *Fusobacterium necrophorum*. Acude a Urgencias de Pediatría por fiebre de hasta 39 °C de cuatro días de evolución, asociada a vómitos, rechazo de la alimentación y cuadro catarral leve. En la exploración física destacaba un regular estado general, palidez cutánea, petequias en axila izquierda y tórax, y tumefacción retroauricular con abombamiento timpánico ipsilateral.

La evolución fue tórpid, observando en TC cerebral absceso subperióstico extra e intracraneal junto con trombosis de los senos sigmoideo y transversos izquierdos, requiriendo inicialmente ingreso en UCIP. Se realizó

mastoidectomía con drenaje quirúrgico e inicio de antibioterapia intravenosa de amplio espectro junto con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

Analíticamente se objetivó leucocitosis, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. En el cultivo de la colección purulenta se aisló *Fusobacterium necrophorum* sensible a penicilina, piperacilina-tazobactam, meropenem, metronidazol y clindamicina. Los hemocultivos fueron negativos.

Durante la evolución en planta se ajustó la antibioterapia según el aislamiento y se mantuvo anticoagulación con seguimiento estrecho. Fue necesaria reintervención por persistencia de supuración retroauricular. Finalmente, la paciente evolucionó favorablemente sin secuelas neurológicas, siendo dada de alta con antibioterapia oral y enoxaparina.

Conclusiones. La otomastoiditis por *Fusobacterium necrophorum* es una entidad infrecuente pero potencialmente grave, asociada con elevada frecuencia de complicaciones supurativas e intracraneales, especialmente trombosis de senos venosos. Su sospecha precoz, confirmación microbiológica y manejo multidisciplinar son esenciales para mejorar el pronóstico.

46. Otomastoiditis complicada con trombosis de senos venosos e hipertensión intracraneal en edad pediátrica

Josefa Terán Ceballos ; Teresa Del Roció Barrionuevo De La Torre ; María Del Amor Hermoso Tovar Jaime
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción. La trombosis de senos venosos cerebrales es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la otomastoiditis aguda en la infancia. Su presentación clínica suele ser insidiosa, siendo la cefalea persistente uno de los signos de alarma más relevantes.

Resumen del caso. Niño de 5 años que ingresó por otalgia izquierda de cinco días de

evolución, asociando en las últimas 48 horas cefalea progresiva, fiebre y edema palpebral derecho. Había iniciado tratamiento con amoxicilina-clavulánico por sospecha de otitis media sin mejoría clínica. Ante la persistencia y progresión de la cefalea y vómitos se realizó tomografía computarizada craneal con contraste, que mostró trombosis de los senos transversos y sigmoides izquierdos en el contexto de otomastoiditis. Se inició por ello enoxaparina 1 mg/kg cada 12 horas y se realizó miringotomía con colocación de drenaje transtimpánico. La exploración oftalmológica inicial no mostró edema de papila.

A pesar del tratamiento instaurado, persistió la cefalea y aparecieron alteraciones visuales. Tras nueva valoración oftalmológica se evidenció edema de papila incipiente sugestivo de hipertensión intracraneal. Se inició tratamiento con acetazolamida y se realizó punción lumbar bajo sedación, obteniéndose una presión de apertura de 45,5 cmH₂O. Tras la evacuación terapéutica de líquido cefalorraquídeo, la presión de cierre fue de 24 cmH₂O.

Posteriormente presentó evolución clínica favorable, con resolución de la cefalea y del edema de papila. Completó antibioterapia intravenosa y fue dado de alta con acetazolamida y enoxaparina. El estudio de trombofilia no mostró alteraciones y la angiorresonancia magnética confirmó los hallazgos observados en la tomografía computarizada.

Comentarios. La persistencia de cefalea o la aparición de síntomas visuales en pacientes con otomastoiditis debe alertar sobre la posible existencia de trombosis de senos venosos e hipertensión intracraneal asociada. La valoración oftalmológica seriada puede resultar clave para identificar precozmente esta complicación y prevenir secuelas neurológicas y visuales.

47. Pancreatitis aguda recurrente y coagulopatía de consumo en la trisomía parcial del brazo corto del cromosoma 9: ¿ampliando el fenotipo?

Alicia Fernández González ; Jimena Pérez Moreno ; Mario Gutiérrez Gutiérrez ; Jesús Saavedra Lozano ; Mar Tolín Hernani ; César Sánchez Sánchez ; Carmen Ortega Atienza ; Marta Pinto Rubio
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid

Introducción. La trisomía parcial del brazo corto del cromosoma 9 (TP9p) es una de las cromosomopatías más frecuentes en recién nacidos. Presenta un amplio espectro fenotípico, destacando dismorfias craneofaciales, retraso del neurodesarrollo y malformaciones sistémicas.

Resumen del caso. Presentamos un paciente con TP9p con pancreatitis aguda recurrente con evolución tórpida y coagulopatía de consumo significativa. Caso Varón de 4 años con TP9p secundaria a cromosoma derivativo 9/X [Imagen 1] con encefalopatía epiléptica, retraso del neurodesarrollo, disfagia, talla baja, vena cava superior izquierda persistente con ausencia de la derecha y malformaciones osteoarticulares. Ingresó por tercer episodio de pancreatitis aguda edematosa intersticial en contexto de gastroenteritis aguda leve.

Aunque inicialmente no presentaba criterios analíticos ni ecográficos de gravedad (Banto 2 puntos por edad y peso), la evolución fue tórpida en todos los episodios, con empeoramiento clínico-analítico tras cada avance de nutrición enteral, precisó progresión muy lenta y optimización analgésica continua. No requirió nutrición parenteral, pero no recuperaba su alimentación habitual hasta la tercera-cuarta semana de ingreso. Durante la evolución precisó reposición de albúmina, fósforo y magnesio. En el último episodio recibió además piperacilina-tazobactam ante sospecha de sobreinfección.

Los tres episodios se acompañaron de coagulopatía de consumo (INR máximo 2, fibrinógeno mínimo 72 mg/dl), precisando múltiples dosis de vitamina K y plasma fresco congelado.

Las ecografías seriadas descartaron complicaciones pancreáticas, evidenciando únicamente invaginaciones íleo-ileales leves,

líquido libre intra-abdominal y adenopatías reactivas. El TC abdominal con contraste descartó malformaciones estructurales y trombosis vascular. El estudio etiológico de pancreatitis recurrente, incluyendo exoma, fibrosis quística, perfil metabólico, infeccioso e inmunológico/autoinmune, resultó negativo. Se descartó insuficiencia exocrina y endocrina fuera de los episodios.

Conclusiones y comentarios. La asociación entre TP9p y pancreatitis aguda recurrente no ha sido descrita previamente. Se desconoce si este hallazgo está relacionado con la TP9p, la extensión del segmento duplicado, la duplicación terminal Xp o la combinación de éstas.

La recurrencia de coagulopatía de consumo significativa, en ausencia de pancreatitis grave o complicada, junto con una evolución nutricional tórpida pese a parámetros iniciales favorables, confieren singularidad al caso. La comunicación de nuevos pacientes podría contribuir a ampliar el espectro fenotípico de TP9p y sus posibles manifestaciones gastrointestinales.

48. Pancreatitis complicada: cuando una complicación se convierte en oportunidad

Cristina Montero Valladares ; Mara Muñoz Torres ; María Isabel Díaz Flores ; Macarena Anchoriz Esquitino ; María Moreno Ortega ; Borja Croche Santander Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos. Las leucodistrofias son enfermedades neurológicas progresivas en las que el deterioro clínico ocurre como evolución de la enfermedad.

Presentamos el caso de una paciente con leucodistrofia no filiada (sin confirmación genética) y epilepsia farmacorresistente en la que la retirada de ácido valproico por una pancreatitis complicada se asoció con una mejoría significativa de la encefalopatía previamente considerada secundaria a la progresión de su enfermedad, destacando la importancia de

identificar causas potencialmente reversibles de deterioro neurológico.

Resumen del caso. Niña de 9 años con diagnóstico de leucodistrofia no filiada con afectación supra e infratentorial de inicio en periodo de lactante y epilepsia de difícil control de 2 años de evolución en tratamiento con valproico, levetiracetam y clonazepam.

Es derivada al equipo de crónicos en últimos 18 meses por deterioro clínico atribuido a evolución natural de su patología con frecuentes complicaciones: deterioro cognitivo, motor y funcional progresivo con tetraparesia flácida, somnolencia fluctuante, edemas y trastornos vasomotores, HTA, hipoventilación en sueño,...

La paciente ingresa por dolor abdominal intenso con diagnóstico de pancreatitis complicada retirándose el valproico como sospecha etiológica inicial y tratamiento de soporte.

Durante el ingreso se evidencia discreta mejoría neurológica sin crisis epilépticas significativas que requieran inicio de nuevos fármacos antiepilépticos. Dicha mejoría se hace mucho más evidente tras varias semanas en domicilio con recuperación de habilidades y mejoría del nivel de conciencia así como desaparición de edemas y trastornos vasomotores.

Se amplía el estudio por parte de neurología con secuenciación de ADN mitocondrial que está pendiente.

Conclusiones y comentarios: En pacientes con enfermedades neurológicas progresivas, principalmente en aquéllas sin confirmación genética, el deterioro clínico no debería atribuirse exclusivamente a la evolución de la enfermedad de base. La encefalopatía o toxicidad crónica asociada a ácido valproico es una patología infrecuente y poco sospechada que puede manifestarse de forma insidiosa y simular la progresión de una enfermedad neurodegenerativa. Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de

sospecha y reevaluar periódicamente los tratamientos y sus potenciales efectos adversos.

49. Plan de cuidados enfermero y capacitación familiar en el manejo de dispositivos tecnológicos domiciliarios en un paciente pediátrico crónico-complejo: a propósito de un caso

Ana Lorente Beltrán ; Laura Galant Pérez ; Paloma Vivancos Medina ; María Angeles Bernal Galera ; Cristina Molina Ruíz

Unidad Regional de Atención Integral del Paciente Pediátrico con Enfermedad Crónica Compleja y Necesidades Paliativas (URAIP-PECCP). Murcia

Introducción y objetivos. Los niños con patologías crónicas-complejas (NPCC) requieren frecuentemente soporte tecnológico para sustituir limitaciones funcionales. El objetivo de este trabajo es describir un plan de cuidados individualizado coordinado por enfermería pediátrica para adiestrar a la familia en el manejo de dispositivos en domicilio.

Resumen del caso

Escolar de 8 años con encefalopatía crónica y epilepsia secundaria que ingresa por dificultad respiratoria y aumento de crisis epilépticas. Portador de traqueostomía y sonda nasogástrica (SNG). Tras realizar una valoración inicial basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron los diagnósticos NANDA:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas m/p presencia de moco o secreciones en las vías aéreas r/c presencia de una vía aérea artificial.

Deterioro de la deglución m/p tos, atragantamiento, náuseas antes de deglutir r/c parálisis cerebral.

Riesgo de aspiración r/c disminución del nivel de conciencia, traqueostomía, alimentación o administración de medicamentos por sonda nasogástrica.

Se diseñó un Plan de Cuidados Individualizado (NANDA, NIC, NOC). Las principales intervenciones y actividades incluyeron:

Manejo de la traqueostomía: Aspiración de secreciones con técnica adecuada, oxigenoterapia mediante filtro pasivo, cambio estéril semanal de la cánula y curas diarias con suero fisiológico y clorhexidina.

Soporte nutricional y farmacológico: Administración de nutrición enteral por SNG controlando volúmenes y velocidad con bomba, educación en la conservación de biberones, mantenimiento de la posición incorporada a 45º y administración de medicación por la sonda.

Vigilancia y capacitación: Control de la fijación de la SNG, realización de electroencefalograma y adiestramiento familiar en monitorización respiratoria y pulsioximetría.

A los 3 meses se otorgó el alta bajo el régimen de hospitalización a domicilio infantil. La revaloración mostró un notable incremento en los conocimientos de los padres sobre el manejo de la traqueostomía, aspiración, oxigenoterapia, nutrición y medicación, además de la ausencia de crisis convulsivas.

Conclusiones y comentarios. Entre el 70% y 80% de los npcc presentan soportes tecnológicos en domicilio. el acompañamiento y adiestramiento por parte de enfermería pediátrica es fundamental para empoderar a las familias y asegurar el correcto manejo de los dispositivos, facilitando una transición segura hacia el domicilio y garantizando continuidad asistencial.

50. Síndrome de Hay-Wells (aec) y variante en tp63: abordaje multidisciplinario de un caso neonatal

Dariana Alderete Figueroa ; Yail Ixe Chirinos Chirinos ; Mariana Espejel Deloiza ; Fatima Monserrat Garcia Guerrero ; Salvador Amor Roderó ; Leslie Garcia Cruz Hospital infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome de anquilobefaron, defectos ectodérmicos y labio/paladar hendido (AEC), o síndrome de Hay-Wells, es una genodermatosis autosómica dominante rara causada por mutaciones missense en el gen TP63 (cromosoma 3q28),

esencial para la proliferación y diferenciación epidérmica.

Caso clínico: Se presenta lactante femenino de 2 meses de vida, nacida a las 40 SDG con antecedente de hipoxia perinatal y atresia de coanas bilateral. Al nacimiento, presentó dermatosis extensa (28-30% SCT) caracterizada por erosiones y desprendimiento epidérmico, simulando una epidermólisis ampollosa. El estudio genético mediante exoma confirmó una variante patogénica heterocigota en TP63 (c.1727T>C; p.Ile576Thr). La evolución ha sido tórpidas, destacando: dermatitis erosiva tipo Sevestre-Jacquet complicada con Candida, otitis media aguda, queratopatía por exposición y sospecha de inmunodeficiencia combinada con hipoplasia tímica. Actualmente bajo manejo multidisciplinario, incluyendo soporte ventilatorio (PSV) por reestenosis coanal y protección intensiva de barrera cutánea.

Discusión: La tríada clásica del síndrome AEC incluye anquiloblefaron, defectos ectodérmicos (alopecia, distrofia ungueal) y hendiduras orofaciales. A diferencia del síndrome EEC, el AEC se define fenotípicamente por una fragilidad cutánea severa y erosiones recurrentes que, como en este caso, obligan al diagnóstico diferencial con epidermólisis ampollosa. La variante p.Ile576Thr en el dominio SAM de TP63 altera la interacción proteína-proteína, afectando la integridad del epitelio. El compromiso multisistémico, especialmente el inmunológico (disfunción tímica), eleva significativamente la morbimortalidad.

Conclusión: El diagnóstico molecular temprano es crucial. El manejo debe ser estrictamente multidisciplinario, priorizando la restauración de la barrera cutánea mediante agentes reparadores y la vigilancia estrecha de la inmunidad. Este reporte resalta la importancia de sospechar síndrome AEC ante erosiones cutáneas neonatales no explicadas, evitando diagnósticos erróneos y permitiendo un abordaje integral de sus complicaciones sistémicas.

51. Síndrome de solapamiento autoinmune: colitis ulcerosa y colangitis esclerosante primaria bajo la máscara de una alergia a la proteína de leche de vaca.

María Segura García ; Lizeth Peña Barreda ; Cristina Cerdán Almendros ; Eva Cabanes Martínez ; Andrea De Benito Mendieta ; Sabrina Kalbouza Bouziane ; María Isabel Planelles Asensio
Hospital Universitario del Vinalopó

Introducción: En pediatría, la diarrea con proctorragia suele orientar inicialmente hacia un diagnóstico de Alergia a la Proteína de Leche de Vaca (APLV). Sin embargo, la persistencia de la sintomatología tras la exclusión dietética de productos lácteos, así como la presencia de marcadores de inflamación sistémica en las pruebas de laboratorio obligan a ampliar el diagnóstico diferencial hacia la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y otras patologías asociadas. **Caso Clínico:** Preescolar de 3 años de edad, sin antecedentes de interés, que ingresa por diarrea crónica de 6 meses de evolución y hematoquecia. Inicialmente se realizó un diagnóstico de APLV no mediada por IgE tras presentar una mejoría parcial transitoria con la dieta de exclusión láctea. Presenta recaída sin transgresión dietética, por lo que se ingresa para ampliación del estudio. A su ingreso presenta excelente estado general y adecuado desarrollo ponderoestatural, que contrasta con las importantes alteraciones analíticas: Calprotectina fecal de 1100 mg/kg y elevación progresiva de las transaminasas y de los marcadores de colestasis (GGT 396 U/L, FA 603 U/L). El estudio de autoinmunidad es positivo para ANCA, ASMA e hipegammaglobulinemia IgG. Ante la sospecha de patología sistémica se amplía estudio con Colangio-RM, que resultó normal (sin dilatación de la vía biliar), y colonoscopia con hallazgos histológicos sugestivos de Colitis Ulcerosa (CU): mucosa con distorsión arquitectural severa, criptitis y plasmocitosis basal difusa. Dada la colestasis mantenida, se realiza biopsia hepática (BAG), que muestra fibrosis periductal concéntrica en "capas de

cebolla", hallazgo patognomónico de Colangitis Esclerosante Primaria (CEP) de pequeño conducto. Discusión y conclusión: Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de un síndrome de solapamiento autoinmune con CU y CEP, entidad poco frecuente en pediatría y que requiere un abordaje temprano. En esta ocasión, la mejoría transitoria tras la exclusión de lácteos supone un distractor diagnóstico, retrasando el diagnóstico de estas patologías crónicas potencialmente graves. El abordaje multidisciplinar, incluyendo el soporte nutricional para prevenir déficit de vitaminas liposolubles por colestasis, es de vital importancia para mejorar el pronóstico a largo plazo.

52. Trastorno del neurodesarrollo y discapacidad intelectual asociado a mutación en TELO2 en paciente migrante: un reto diagnóstico y terapéutico.

Maria Isabel Diaz Flores ; Cristina Montero Valladares ; María Moreno Ortega ; María Muñoz Cabeza ; Anchoriz Esquitino Macarena ; Borja Croche Santander

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos. El trastorno del neurodesarrollo con discapacidad intelectual asociado a TELO2 es una entidad genética autosómica recesiva ultrarrara (prevalencia<1:1.000.000) caracterizada por retraso global del desarrollo, dismorfias faciales y múltiples malformaciones. El objetivo es presentar el abordaje multidisciplinar de un caso clínico de alta complejidad en una paciente migrante.

Resumen del caso. Niña de 10 años. Origen marroquí, derivada a consultas por parálisis cerebral infantil, dismorfias y desnutrición grave, decidiéndose su ingreso. Como antecedentes presentaba embarazo y parto normales, dificultades para la alimentación y epilepsia hasta los 3 años. En la exploración física destacaba un retraso pondoestatural grave (peso 10 kg,-3.22 DE) y microcefalia(39.7 cm,-9.36 DE), fenotipo peculiar con retrognatia, nariz

afilada, fisura palatina blanda y cataratas bilaterales. Neurológicamente mostraba escasa conexión con el entorno, ausencia de sostén cefálico y sedestación, movimientos distónicos continuos y sialorrea. La paciente fue asumida por la Unidad de Crónicos Complejos, coordinando el soporte de múltiples especialistas. Ante la sospecha de disfagia, se inició nutrición enteral por SNG con estrecha vigilancia por riesgo de síndrome de realimentación, y se pautó trihexifenidilo para la sialorrea. La videofluoroscopia confirmó disfagia grave con aspiraciones. Asimismo, se objetivó reflujo patológico en pHmetría y esofagitis grave en endoscopia digestiva alta, precisando funduplicatura de Nissen y colocación de gastrostomía (PEG). El postoperatorio se complicó con síndrome compartimental y sepsis de origen abdominal, requiriendo ingreso en UCIP y reintervención quirúrgica; presentando evolución favorable y pasando a planta tras 10 días. Tras dos meses de ingreso, se instruyó a la madre en nutrición por PEG previo al alta. A nivel neurológico, el EEG fue normal. La resonancia magnética mostró simplificación de giros, hipomielinización y disminución de sustancia blanca cerebral. Recibió fisioterapia, tetrabenazina para la distonía y adaptación ortopédica. El estudio genético identificó una mutación homocigota en el gen TELO2 (c.2299C>T;p.Arg767Cys), confirmando el diagnóstico.

Conclusiones: El manejo de pacientes con patología malformativa y neurológica exige un abordaje multidisciplinar. Los equipos de crónicos complejos aportan una visión integradora imprescindible. Asimismo, el diagnóstico genético es crucial para poner fin a la odisea diagnóstica, establecer el pronóstico y ofrecer un adecuado asesoramiento genético y reproductivo familiar.

53. Trastorno facticio impuesto a otro: presentación de un caso clínico.

Macarena Asencio Lado ; Juan Jesús Sánchez-cañete

Bernal ; David Belillas Núñez ; Pilar Cedena Romero ;
Isabel Gimeno Sánchez ; Raquel Núñez Ramos ; Nerea
Salmón Rodríguez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción y objetivos. El trastorno facticio impuesto a otros es una forma de maltrato infantil en la que un cuidador, generalmente uno de los progenitores, falsifica o induce signos físicos o psicológicos en la víctima, presentándola ante los demás como enferma.

El diagnóstico de esta entidad requiere un alto grado de sospecha debido a la complejidad de la presentación clínica para evitar retrasos diagnósticos y minimizar el riesgo para el menor.

Resumen del caso. Presentamos un caso clínico de un paciente varón de 13 años con clínica de dolores articulares y musculares, fatiga con mínimos esfuerzos, síntomas neurológicos (cefalea, mareos, debilidad muscular) y febrícula diaria que comienza tras una infección por COVID- 19, siendo inicialmente diagnosticado de Long COVID. La evolución fue tórpida persistiendo dicha sintomatología con una duración del cuadro de 3 años, motivando numerosas valoraciones en distintos centros sanitarios. La repercusión referida fue muy importante, condicionando el abandono de la escolarización presencial, aislamiento social y una marcada limitación funcional.

Se realizan múltiples derivaciones a especialistas y pruebas complementarias, sin hallazgos objetivos ni evidencia de patología orgánica que justifiquen la clínica, y dos ingresos hospitalarios con discrepancia entre los síntomas descritos por el cuidador y los objetivados por el personal sanitario.

Dado la evolución del cuadro, se realiza una valoración multidisciplinar que permite establecer la sospecha de trastorno facticio impuesto a otros y activar las medidas de intervención y protección correspondientes al menor.

Conclusiones y comentario:

El trastorno facticio impuesto a otros es una forma de maltrato infantil poco frecuente que debe identificarse de forma precoz para limitar el daño físico y psicológico del menor, así como la vulnerabilidad y aislamiento social derivado.

Debe sospecharse esta entidad ante presencia de sintomatología inespecífica sin correlato objetivo que la justifique, discrepancias entre el relato del cuidador y los hallazgos clínicos, así como una afectación funcional desproporcionada respecto a la clínica objetivable.

Para su identificación y manejo se requiere un abordaje multidisciplinar que involucre a profesionales de la salud, servicios sociales y ámbito educativo permitiendo una valoración integral y una intervención coordinada.

54. Tromboembolismo pulmonar en una adolescente con múltiples factores de riesgo modificables: la importancia de una valoración integral.

Alicia Fernandez Gonzalez ; Salvador Urquia Cutillas ;
Carmen Ortega Atienza ; Ana Maria Angulo Chacon ;
Teresa Eizaguirre Fernandez-palacios ; Nuria Pedruelo
Reyes ; Ana Belen Martinez Lopez ; Marta Pinto Rubio
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es infrecuente en pediatría, aunque su incidencia está aumentando debido a la mayor supervivencia de pacientes graves y crónicos complejos, con la consiguiente exposición a factores protrombóticos. Su baja sospecha clínica y su presentación inespecífica favorecen el infradiagnóstico, con el consiguiente incremento de morbi-mortalidad.

Presentamos el caso de una adolescente crónica con TEP que pone de manifiesto la importancia de la valoración integral y la identificación de factores de riesgo potencialmente modificables.

Caso: Niña de 16 años con antecedentes de encefalopatía epiléptica secundaria a infarto arterial perinatal, en tratamiento con valproico e

hidrocortisona (2,97mg/m²/día) desde periodo neonatal; fracturas de repetición tras traumatismos de baja energía y edema crónico de miembros inferiores tratado con furosemida.

Consultó por aparición de taquipnea y disnea a las 48 horas de caída accidental desde su silla de ruedas. Presentaba desaturación de 85%, taquicardia, hipoventilación bibasal y edema bilateral de miembros inferiores sin fóvea o signos de insuficiencia venosa. Analítica con leucocitosis, PCR 100mg/dl y DímeroD 3653ng/ml. El angioTAC pulmonar confirmó TEP subsegmentario pero sin sobrecarga de cavidades derechas o trombosis venosa profunda. Se evidenció además fractura supracondílea de fémur.

Se inició oxigenoterapia y anticoagulación con bemiparina 100 unidades/kg/24h, con transición posterior a acenocumarol sin incidencias.

Se descartó etiología inmunológica o tumoral de trombosis; y etiología hormonal, renal o vascular de los edemas. La bioimpedanciometría constató contenido principalmente graso de los edemas con un déficit de agua de 2,5kg.

La valoración integral objetivó malnutrición crónica con obesidad, dislipemia, déficits de micronutrientes y osteoporosis grave, precisando tratamiento con bifosfonatos y medidas dirigidas a optimizar movilidad (ortesis, fisioterapia) y estado nutricional. Tras confirmar valores de cortisol basal inferior 5mcg/dl, se prescribieron ajustes de pauta corticoidea en caso de estrés.

Conclusiones y comentarios: Nuestra paciente presentaba múltiples factores de riesgo trombótico infraestimados previos a la fractura: inmovilización, corticoterapia crónica, probable deshidratación secundaria al tratamiento con furosemida, obesidad y dislipemia. Este caso resalta la necesidad de una valoración integral y multidisciplinar de los pacientes crónicos complejos, con especial atención al riesgo trombótico. El manejo anticoagulante debe

individualizarse según las características y comorbilidades de cada paciente.

55. Trombosis de senos venosos y trombopenia tras infección por adenovirus

Sara Ruiz González ; Lucía Rosario Cuenca ; Ana María Angulo Chacón ; Alicia Fernández González ; María Isabel González Sánchez ; Blanca Toledo Del Castillo ; Felipe González Martínez ; Rosa Rodríguez Fernández
Hospital Universitario Gregorio Marañón

La trombosis de senos venosos cerebrales es una entidad infrecuente en Pediatría, con una incidencia de 11 casos por millón/año. Tras la pandemia COVID-19 y las vacunas vectorizadas con Adenovirus se ha identificado un aumento de casos de trombocitopenia trombótica inmune inducida por vacunas/virus (VITT-like). Presentamos el caso de un lactante de 10 meses con trombosis de senos venosos y trombocitopenia tras infección respiratoria por Adenovirus. Lactante varón de 10 meses sin antecedentes de interés que ingresa por somnolencia de veinticuatro horas de evolución, decaimiento y tres vómitos. Afebril. Ingreso dos semanas antes por infección respiratoria Adenovirus positiva. Se objetiva palidez y somnolencia con hipertensión arterial (120/75 mmHg, p>99) sin otras alteraciones. Se realiza analítica de sangre en la que destaca anemia microcítica hipocrómica (7.3 g/dl), trombopenia (22.000/mcl) con frotis y coagulación normales. Dímero D 24302 ng/ml. Resto normal. Ante irritabilidad mantenida, decaimiento, y signos de hipertensión intracraneal (tensión arterial -TA- 130/75 mmHg >p99 y bradicardia de 70 lpm) se realiza TC craneal en el que se objetiva trombosis extensa de los senos sagital y transversos. Se administra un bolo de suero salino hipertónico 3% e ingresa en Cuidados Intensivos. Se inicia heparina sódica intravenosa previa transfusión de plaquetas. Fondo de ojo normal. RMN con pequeñas microhemorragias cerebrales. Positividad para anticuerpos anti-factor plaquetario-4 independiente de heparina (anti-PF4), por lo que

con el diagnóstico de VITT-like asociada a infección por Adenovirus se administran dos dosis de inmunoglobulinas intravenosas (2 gramos/kilogramo) y se mantiene anticoagulación con enoxaparina subcutánea. Resto de estudio etiológico negativo. Buena evolución posterior con normalización de cifras de TA y exploración neurológica salvo parálisis del VI par craneal izquierdo por lo que se asocia acetazolamida, bicarbonato y oclusión ocular.

La incidencia exacta del síndrome VITT-like se desconoce, ya que es una enfermedad rara y probablemente infradiagnosticada. Tiene una presentación aguda, asociando trombosis, trombopenia y raramente clínica de sangrado tras infección viral o vacunación, principalmente Adenovirus o Streptococcus pyogenes. La positividad de anti-PF4 apoya el diagnóstico. El tratamiento se basa en anticoagulación e inmunoglobulinas a dosis altas.

56. Un caso atípico de sacroileítis en paciente con trastorno del espectro autista

Julia Jaque Gómez-aguado ; Alicia Desantes Nieto ;
Pedro Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario Dr. Balmis

Los déficits vitamínicos están resurgiendo en pediatría, asociados frecuentemente a pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y regímenes dietéticos restrictivos. La infrecuencia de estas patologías conlleva a diagnósticos erróneos y tratamientos ineficaces por supuesta refractariedad. Se presenta el caso de un paciente con TEA grado III, diagnosticado de espondiloartritis axial HLA-B27 positivo derivado tras fracaso de corticoides y biológicos para excluir procesos infecciosos o tumorales. Se subraya la necesidad de una anamnesis rigurosa y un diagnóstico diferencial amplio en pacientes con sintomatología musculoesquelética y evolución tórpida.

Al ingreso, el paciente manifestaba mal control del dolor, mialgias y negativa a la deambulación. La RM describía signos de sacroileítis. En la exploración física destacaba,

atrofia muscular, edema en miembros inferiores, petequias y descamación. Además, presentaba estreñimiento crónico y retención urinaria que requirió sondaje vesical. En la radiografía de rodilla (figura 1), se objetivaban líneas de Frankel, anillos de Wimberger y líneas de Harris compatibles con hipovitaminosis C. La ampliación de estudios mediante RM y TC reveló una osteopenia severa con fracturas bilaterales de fémur proximal. Dada la dieta restrictiva en contexto de TEA del paciente, se planteó la sospecha de escorbuto como responsable del cuadro, iniciando tratamiento empírico con vitamina C intravenosa tras solicitar estudio nutricional. A la semana de tratamiento, obtuvimos los resultados de los niveles de Vitamina C que fueron indetectables. Tras el inicio de la terapia, se observó una remisión completa del dolor, recuperación de la movilidad y resolución de los signos cutáneos y edematosos.

El escorbuto se define como el "gran imitador" por su capacidad de presentar síntomas heterogéneos. Con este caso vemos la importancia de replantear el diagnóstico y ampliar el diagnóstico diferencial, cuando un paciente no responde a tratamientos habituales. En niños con TEA y dietas selectivas, el dolor óseo y la negativa a caminar deben sugerir un posible déficit de vitamina C. La RM constituye la técnica de referencia por su sensibilidad para identificar cambios tempranos en médula ósea. En definitiva, la historia clínica completa y el diagnóstico diferencial son claves para el abordaje de pacientes con una evolución clínica tórpida.

57. Un caso poco común de panadizo herpético con linfangitis

Valeria Andrés Alonso ; Aina Bertomeu Bertomeu ;
Ofelia Bardález Pérez ; Paula Martínez Hennings ;
Beatriz Ruiz Sáez
Hospital Universitari Francesc de Borja Gandia

INTRODUCCIÓN El panadizo herpético es una infección cutánea producida por el VHS que se manifiesta como lesiones vesículo-ampollosas eritematosas, intensamente dolorosas y con

tendencia a recurrir. Habitualmente afecta a la región periungueal, por autoinoculación desde lesiones orales activas, no obstante, puede presentarse en localizaciones atípicas, como los espacios interdigitales, la palma, el dorso de la mano o los pies, lo que puede dificultar y retrasar el diagnóstico.

CASO CLÍNICO Se presenta un caso de panadizo herpético de localización atípica con linfangitis herpética, en una niña de 6 años. La paciente acude a Urgencias por lesión pustulosa en eminencia tenar de mano derecha de 4 días de evolución, sin traumatismo previo, que además asocia un cordón eritematoso y doloroso que se extiende hasta axila, y es refractaria a mupirocina tópica y amoxicilina-clavulánico oral. Como antecedentes relevantes presenta infecciones recurrentes en la misma localización y una infección neonatal diseminada por VHS-2 tratada con aciclovir IV. Posteriormente buen desarrollo y vacunación al día. Ante la sospecha inicial de celulitis con linfangitis bacteriana, la paciente ingresa para antibioterapia intravenosa. Sin embargo, tras revisar sus antecedentes y ante sospecha de panadizo herpético atípico, se realiza PCR del contenido seroso (no purulento) de la lesión identificándose positividad para VHS-2. Al confirmar el diagnóstico, se suspende antibioterapia y se inicia tratamiento con aciclovir IV tras lo que se objetiva mejoría de la lesión y desaparición del cordón eritematoso. La paciente permanece afebril en todo momento y con cultivos bacteriológicos negativos, por lo que se da de alta, completando siete días con tratamiento antiviral.

Conclusiones: El panadizo herpético es una entidad infrecuente, aunque más prevalente en la población pediátrica y adultos jóvenes, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones inflamatorias de las manos en la infancia, incluso cuando se presenta en una localización atípica. Su presentación clínica puede simular una infección bacteriana, dada la presencia de edema, eritema, dolor y linfangitis asociada. La identificación de contenido seroso, la

ausencia de respuesta a antibioterapia y una anamnesis detallada, son claves para alcanzar el diagnóstico correcto.

58. Un objeto cotidiano con riesgo potencial: ingesta accidental de mercurio de un termómetro en un paciente pediátrico

Alicia Fernandez Gonzalez; Maria Del Pilar Martinez-escribano Garcia; Paula De Pastors Mendez; Blanca Toledo Del Castillo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: Las intoxicaciones por metales pesados (hierro, plomo y mercurio) representan un mayor riesgo en la población pediátrica debido a la inmadurez de su sistema nervioso central. El mercurio puede encontrarse en 3 formas: metilmercurio, mercurio elemental volátil (presente en termómetros) y sales inorgánicas utilizadas en pinturas.

Presentamos el caso de una paciente pediátrica con ingesta accidental de mercurio procedente de un termómetro de cristal.

Caso clínico: Paciente de dos años, sin antecedentes de interés, valorada en urgencias tras romper con la boca un termómetro de mercurio cuarenta minutos antes. Estaba asintomática, salvo clínica leve de infección de vías respiratorias altas; constantes vitales y exploración física y neurológica, normal. La radiografía de tórax-abdomen mostró imágenes radio-opacas compatibles con mercurio en el tracto digestivo (Imagen1), sin signos de inhalación, por lo que se decidió ingreso para monitorización.

Durante la hospitalización se establecieron tres objetivos principales: favorecer la eliminación digestiva del metal, monitorizar posibles signos de absorción sistémica mediante determinaciones seriadas de mercurio en sangre y orina, y asegurar una adecuada gestión de los residuos.

Se enviaron muestras al ingreso y a las 48 horas, con resultados dentro de la normalidad. Al ingreso, los valores de mercurio en sangre 2,3mcg/L(0,0-6,4), y en orina, 0,55mcg/L(<10). El

cociente mercurio/creatinina en orina fue de 1,0mcg/g(0,0-5,0). Se pautó dieta rica en fibra y se desaconsejó el uso de laxantes/enemas.

Se contactó con Medicina Preventiva y las deposiciones se recogieron en contenedores específicos. A nivel clínico presentó de forma puntual epigastralgia (resuelto con omeprazol), sin alteraciones neurológicas, renales ni signos de obstrucción intestinal.

La radiografía de control realizada a las 96 horas confirmó la eliminación completa de mercurio, permitiendo el alta hospitalaria.

Conclusiones y comentarios: La absorción digestiva del mercurio elemental suele ser mínima, siendo la inhalación la principal vía de toxicidad y pudiendo producir afectación respiratoria, digestiva y neurológica. En los casos sintomáticos pueden ser necesarias medidas de descontaminación y tratamiento quelante.

Este caso ilustra una exposición accidental actualmente poco frecuente y demuestra que, en ausencia de datos de absorción sistémica, una estrategia de manejo conservados con vigilancia clínica estrecha puede ser segura y eficaz.

59. Una imagen engañosa

Silvia Pequeño Pérez ; Mireia Trilles Barberá ; Nerea Murcia Ramón ; Mauro Sempere Morant ; Sergio Soriano Díaz ; Zaida Benaches
Hospital General Universitario Virgen de los Lirios.
Alicoy. Alicante

Introducción: Los errores radiológicos pueden derivar en cascadas diagnósticas innecesarias con impacto significativo sobre el paciente y el sistema sanitario. Presentamos un caso en el que una superposición técnica de imágenes radiológicas generó un diagnóstico erróneo de aplastamiento vertebral y sospecha de tumoración abdominal.

Caso clínico: Varón de 9 años derivado desde Atención Primaria a Rehabilitación por dolor lumbar intermitente diurno de un año de evolución, relacionado tras esfuerzo físico, sin traumatismo previo, sin fiebre ni síntomas

constitucionales. Sin antecedentes patológicos de interés. En la exploración física destacaba asimetría escapular, dolor a la palpación de musculatura paravertebral y marcha con discreta inclinación hacia el lado derecho, sin dismetría de extremidades ni signos de Trendelenburg. Signos de Gowers negativos.

Tras valoración por Rehabilitación, se solicita una radiografía de columna con telemetría en la que se evidenciaba aparente disminución de altura del cuerpo vertebral de L1, así como imagen sugestiva de masa abdominal. Ante estos hallazgos, y para confirmación de diagnóstico se remite al hospital para realización de pruebas complementarias.

En Urgencias, ante un paciente con buen estado general y exploración sin hallazgos patológicos relevantes, se solicitó nueva radiografía de abdomen, que no evidenció masas, alteraciones vertebrales ni signos de obstrucción intestinal. Al contactar con el Servicio de Radiología para revisión del caso, se constató que la imagen previa correspondía a una superposición técnica errónea entre la radiografía abdominal y la radiografía torácica de la telemetría, generando un artefacto con apariencia de vértebra supernumeraria y masa abdominal.

Conclusión: Un error técnico radiológico puede desencadenar una cascada diagnóstica con implicaciones clínicas, emocionales y organizativas relevantes. La comunicación entre servicios y la revisión de las imágenes ante hallazgos discordantes con la clínica son fundamentales para evitar estudios innecesarios y garantizar la seguridad del paciente.

60. Utilidad de la procalcitonina como biomarcador precoz de daño hepático en la intoxicación aguda por paracetamol en el paciente pediátrico

Sergio Frau Reina ; César Gavilán Martín ; Paula García Torres ; María Casarrubios Quiñones ; Paula Vera García ; Marta Lacoba Garrido ; Vanesa Milenkova Stoycheva ; Aina Suau Pecos
Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alicante

Introducción: La intoxicación por paracetamol es la causa principal de insuficiencia hepática aguda medicamentosa infantil. El manejo clásico presenta limitaciones en ingestas tardías/desconocidas, y la citólisis puede demorarse 24-72 horas, siendo necesarios biomarcadores capaces de predecir precozmente la evolución hepática. Se presenta un caso clínico y se realiza una revisión de literatura para evaluar la utilidad de la procalcitonina (PCT) como biomarcador precoz de daño hepático.

Caso clínico: Adolescente de 13 años ingresada 14 horas tras sobreingesta de 13 g de paracetamol. Al ingreso presentó riesgo bajo según el nomograma de Rumack-Matthew (29,1 mg/L) y alanina aminotransferasa (ALT) normal (16 U/L); sin embargo, destacó elevación de PCT (75,62 ng/mL), con proteína C reactiva (PCR) indetectable y ausencia de clínica infecciosa. Se inició N-acetilcisteína (NAC). A las 36 horas post-ingesta, la PCT alcanzó un pico de 155,34 ng/mL. Este incremento precedió 24 horas al pico de citólisis (ALT 119 U/L a las 60 horas). Posteriormente, el descenso de PCT anticipó la normalización de las enzimas hepáticas (ALT 57 U/L) al cuarto día. La evolución fue favorable con normalización analítica progresiva, dándose de alta.

Discusión: La hepatotoxicidad por paracetamol genera necrosis hepatocelular y liberación de mediadores inflamatorios. Esta respuesta sistémica no infecciosa estimula la producción extrahepática de PCT en ausencia de infección bacteriana. La literatura sugiere que la elevación de PCT precede a la de ALT en una mediana de 33 horas, correlacionándose con el daño histológico. Una PCT > 1 ng/mL al ingreso incrementa 7,2 veces el riesgo de lesión hepática posterior, mientras que valores normales poseen un valor predictivo negativo del 96% para descartar lesión hepática significativa.

Conclusiones: Las elevaciones masivas de PCT en la intoxicación por paracetamol podrían reflejar una respuesta inflamatoria sistémica asociada al daño hepático, más que a una

infección bacteriana. La evidencia disponible sugiere que la elevación de PCT precede a la de las transaminasas, proponiéndose como un potencial biomarcador precoz de daño hepático. Su elevado valor predictivo negativo podría contribuir a optimizar la duración del tratamiento con NAC y la planificación del alta hospitalaria, aunque son necesarios estudios prospectivos que validen esta aplicación.

61. La otra cara de la mejoría nutricional: una complicación poco frecuente en pediatría.

Eva Cabanes Martínez, Cristina Cerdán Almendro, María Segura García, María Isabel Planelles Hospital Vinalopó, Sabrina Kalbouza, Andrea de Benito Mendieta. Hospital Vinalopó, Alicante

Presentamos el caso de un lactante de 16 meses que ingresa por cuadro de gastroenteritis de 2 días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. Sin antecedentes de interés salvo un hábito alimentario restrictivo limitado a lactancia materna a demanda. A la exploración destaca una palidez cutánea y signos de deshidratación moderada. A su ingreso se extrae analítica sanguínea en la que destaca una anemia macrocítica con trombocitopenia sin otras alteraciones por lo que se inicia rehidratación intravenosa y se completa estudio, con frotis sanguíneo que confirma los resultados y analítica que objetiva déficit grave de B12. En los siguientes controles presenta empeoramiento de la anemia, la trombocitopenia y aparición de leucopenia con neutropenia moderada, coagulopatía, TSH suprimida con hormonas tiroideas en límite bajo y alteraciones iónicas (hipopotasemia e hipomagnesemia) por lo que se inicia tratamiento con vitamina hidroxycobalamina y vitamina K. y se decide traslado a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para continuar cuidados.

Durante su ingreso en UCI presenta mejoría de las alteraciones hidroelectrolíticas y de la

situación clínica por lo que pasa a planta de Hospitalización.

En planta presenta buena evolución, y ante sospecha de síndrome de realimentación se inicia nutrición enteral que se aumenta de forma paulatina, alcanzando el 100% de sus necesidades basales el 7º día de ingreso. Normalización de los electrolitos el 7º día de ingreso. Para completar estudio y ante irritabilidad se realiza resonancia magnética cerebral sin alteraciones. Presenta mejoría del eje tiroideo, con normalización de la TSH previa al alta, por lo que se sospecha de un síndrome del eutiroideo enfermo. En controles analíticos se objetiva autoinmunidad positiva con anticuerpos anti-factor intrínseco y células parietales positivos con diagnóstico de anemia perniciosa.

El síndrome de realimentación es una complicación metabólica potencialmente grave en pacientes con desnutrición o un ayuno prolongado. La identificación temprana y el inicio progresivo de soporte nutricional son medidas fundamentales para prevenir su aparición. Por lo que el conocimiento de esta entidad es esencial para garantizar una correcta actuación.

situación clínica por lo que pasa a planta de Hospitalización.

En planta presenta buena evolución, y ante sospecha de síndrome de realimentación se inicia nutrición enteral que se aumenta de forma paulatina, alcanzando el 100% de sus necesidades basales el 7º día de ingreso. Normalización de los electrolitos el 7º día de ingreso. Para completar estudio y ante irritabilidad se realiza resonancia magnética cerebral sin alteraciones. Presenta mejoría del eje tiroideo, con normalización de la TSH previa al alta, por lo que se sospecha de un síndrome del eutiroideo enfermo. En controles analíticos se objetiva autoinmunidad positiva con anticuerpos anti-factor intrínseco y células parietales positivos con diagnóstico de anemia perniciosa.

El síndrome de realimentación es una complicación metabólica potencialmente grave en pacientes con desnutrición o un ayuno prolongado. La identificación temprana y el inicio progresivo de soporte nutricional son medidas fundamentales para prevenir su aparición. Por lo que el conocimiento de esta entidad es esencial para garantizar una correcta actuación.

Se despiden, hasta el próximo número, el equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:

Laura Hernández Sabater *Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz (Murcia)*

Pedro J Alcalá Minagorre *Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante)*

David López Martín *Hospital de la Costa del Sol, Marbella (Málaga)*

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

ISSN 2603-6339

Más información en www.sepih.es

Correspondencia: equipo editorial SEPIH; e-mail: Revista_PedHosp@sepih.es

Este es un trabajo original Open Access bajo la [licencia CC BY-NC-ND](#)



SEPIH.ES