



CATATONÍA E INSOMNIO COMO SIGNOS GUÍA PARA UN DIAGNÓSTICO GENÉTICO



García Espinosa, Paula; Torrús López, Isabel; Martínez Planas, Aina; Farràs Riu, Maria; Valls Ramón-Cortes, Joan; Asenjo Ponce De León, Silvia; Gili Bigatà, Teresa; Fernández de Sevilla Estrach, Mariona

Introducción

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

Caso clínico

Evolución en **urgencias**:

- Adolescente de **16 años** con antecedente de retraso global del desarrollo no filiado (pendiente resultado de exoma genético) en tratamiento con sertralina por síndrome ansioso depresivo. Traída a urgencias por **febrícula** y **alteración conductual** con **agitación**, **ansiedad**, **inexpresividad** e **insomnio** de 72 horas. Tratada con rescates de quetiapina y diazepam, sin respuesta

- Se realiza: Analítica sanguínea: no signos de infección ni alteraciones hidroelectrolíticas, función renal y hepática normales



Analítica de orina: no signos de infección. Tóxicos: negativo

➔ **Ingresa** para estudio

Evolución en **planta de pediatría**:

- El primer día de ingreso presenta: **agitación psicomotriz**, **tremor intencional**, **desconexión ambiental** e insomnio refractario asociados a **clínica de disautonomía** con febrícula, sudoración profusa, taquicardia e hipertensión

Síndrome neuroléptico maligno

Encefalitis

Debut síndrome psicótico



Se administra:

Risperidona, clonazepam y haloperidol



Punción lumbar: normal



vEEG: normal

Valoración por psiquiatría

Persiste clínica

➔ Ingresa en **UCIp**



TC craneal: normal

Evolución en **UCI pediátrica (UCIp)**:

Síndrome neuroléptico maligno

Encefalitis



Se administra: dantroleno, y se ajusta medicación



Se administra: megabulus de corticoides e inmunoglobulinas, y se realiza plasmaféresis. Ausencia de mejoría clínica por lo que se repite estudio:

Persiste clínica de agitación

Precisa **sedación** e inducción de **coma barbitúrico** con necesidad de **intubación**



TC y RMN craneal: normal



vEEG: normal



Punción lumbar con perfil de autoinmunidad: sin datos concluyentes

Extubación dificultosa en contexto de atelectasia y neumonía aspirativa

Se realiza **traqueostomía** por intubación prolongada y se coloca **sonda nasogástrica** por disfagia orofaríngea

➔ **Ingresa** para convalecencia y capacitación familiar

Evolución en **centro de atención intermedia (CAI)**:

- Persiste insomnio refractario ➔ infusión continua de **midazolam** endovenoso y **dexmedetomidina** intranasal ➔ consiguiendo descanso nocturno
- Se recibe resultado de **exoma genético** pendiente (estudio de retraso global del desarrollo) ➔ **deleción del gen SHANK3** (cromosoma 22q13)

Diagnóstico de **síndrome Phelan-McDermid**

➔ Se orienta el cuadro como probable **catatonía excitatoria** en contexto de dicho síndrome

- Presenta mejoría clínica progresiva posterior permitiendo **alta a domicilio** previa **retirada de dispositivos** y de parte de la medicación

Evolución en **domicilio** tras el alta:

- Mejoría clínica progresiva pudiendo retirar medicación para el insomnio excepto melatonina. Persiste clínica ansiosa y fóbica, por lo que se reinicia tratamiento con sertralina. Realiza seguimiento por parte de salud mental

Conclusión

El **SPMD** consiste en una condición genética caracterizada por una amplia gama de manifestaciones sistémicas y del neurodesarrollo. Ansiedad, cambios de humor, psicosis y catatonía son comunes en el SPMD y predominan en la adolescencia. El tratamiento con antipsicóticos puede desencadenar o exacerbar la catatonía en estos pacientes, precisando de una evaluación y tratamiento inmediato si asocian rigidez, hipertermia y fluctuación en los signos vitales



FIEBRE PROLONGADA Y REACCIÓN LEUCEMOIDE TRAS INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR

Ana Martín Moreno; Lydia de la Torre Martín; Elvira Cobo Vázquez; David Argumánz García; Lucía Romero Imaz; Patricia del Olmo Segura; Kawtar Sabir; Mercedes Bueno Campaña
Hospital Universitario Fundación Alcorcón



Niña de 7 años

- AP: rasgo falciforme y seguimiento en Gastroenterología por dolor abdominal
- Fiebre de 15 días de evolución, máximo 40°C y diarrea asociada. En los últimos 3 días:
 - Astenia
 - Odinofagia
 - Edema palpebral bilateral

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TEP estable. Adenopatías laterocervicales no dolorosas y móviles
Hepatomegalia de 5 traveses de dedo, esplenomegalia

ANÁLISIS DE SANGRE:

Leucocitosis 63780/μL, (neutrófilos 11200/μL; linfocitos 35900/ μL), LUC 14570/μL.
Frotis sanguíneo: leucocitos atípicos
Hemoglobina 9,1 g/dL; plaquetas 137000/μL
LDH 3156 U/L; bilirrubina total 5.2 mg/dL; GOT 319 U/L, GPT 176 U/L

Ingreso para estudio de
hepatoesplenomegalia y fiebre prolongada.



Serología: IgM e IgG positivas para virus de Epstein-Barr

Diagnóstico: mononucleosis infecciosa

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

- Virales: VEB, CMV, VHA, VHC...
- Bacterianas
- Parasitarias

NEOPLASIAS

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

ENFERMEDADES METABÓLICAS

Evolución:

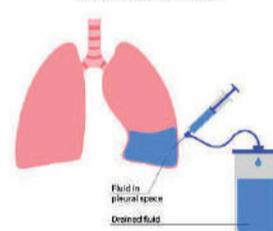
Ante empeoramiento clínico, se solicita:

Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia + ascitis + derrame pleural bilateral

TC toraco-abdominal: adenopatías múltiples + derrame pleural izquierdo + marcada hepatoesplenomegalia



THORACENTESIS



Derrame serohemático

Trasudado,
no células malignas

ADA elevada (79 U/L)
IGRA negativo

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO vs SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

CRITERIOS GENÉTICOS	CRITERIOS CLÍNICO-ANALÍTICOS
Presencia de alteración genética conocida	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Esplenomegalia - Citopenias (al menos, 2 líneas): Hb < 9 g/dL (< 12 g/dL primeras 4 semanas de vida), trombopenia < 100.000/mm³, neutropenia < 1.000/mm³ - Hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia: triglicéridos > 300 mg/dL, fibrinógeno < 150 mg/dL - Hiperferritinemia > 500 ng/mL - CD25 soluble ≥ 2400 U/mL - Disminución/ausencia actividad citotóxica NK - Evidencia de hemofagocitosis en tejido

Diagnóstico: un criterio genético o 5 criterios clínico-analíticos

Traslado a hospital de tercer nivel:

Biopsia de médula ósea:

- PCR + para VEB
- No malignidad
- Expansión linfocitos T no clonales
Reordenamiento TCR gamma oligoclonal

Biopsia ganglionar sin malignidad

Mejoría progresiva de parámetros analíticos (leucocitosis), hepatoesplenomegalia y adenopatías
Alta con PCR VEB indetectable y seguimiento en consultas de Inmunología

CONCLUSIÓN Y COMENTARIOS:

Las infecciones por VEB pueden ser agresivas y de difícil resolución, requiriendo un amplio diagnóstico diferencial para descartar otras etiologías infecciosas como leishmaniasis o tuberculosis. En casos de mononucleosis infecciosa no resueltas, con marcada linfocitosis, es importante descartar síndrome hemofagocítico o linfoproliferativo secundario al VEB.



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

Virginia Santana Rojo, María del Mar Rodrigo Hierro, Ester Sánchez Muñoz, Aroa Rodríguez Alonso, Marta Pintó Rubio, Paula Aragón Ramos, Ana Gómez Zamora, Carlos A. de la Torre Ramos
Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

Los avances médicos y técnicos ocurridos en las últimas décadas han permitido disminuir la mortalidad infantil. Este hecho se ha asociado a un aumento de la morbilidad, con una mayor prevalencia de patología crónica y complejidad en la infancia. Los niños con patología crónica y complejidad (NPCC) requieren con frecuencia la utilización de soporte técnico, como la traqueostomía, para suplir o mejorar funciones vitales. El cuidado principal de estos menores lo realizan sus progenitores en domicilio, lo que implica la adquisición de conocimientos muy complejos. Este proceso precisa capacitación de calidad y acompañamiento estrecho por parte de los equipos responsables.

OBJETIVO

Determinar el efecto de una estrategia de continuidad asistencial centrada en figuras parentales de menores portadores de traqueostomía y llevada a cabo por una unidad especializada en patología crónica y complejidad pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en el que se incluyeron NPCC en seguimiento por la Unidad de Patología Crónica y Complejidad del Hospital Universitario La Paz en los que se realizó traqueostomía entre 2019 y 2023. Se estudiaron variables clínicas y sociodemográficas incluidas en la historia clínica.

RESULTADOS

n = 34



Reingreso en los primeros 30 días en los pacientes con acompañamiento a domicilio: 33%

CONCLUSIONES

En nuestro hospital se consiguió una elevada frecuencia de intervención, con acompañamiento a domicilio en menor medida. Los reingresos fueron poco frecuentes teniendo en cuenta la complejidad médica de los pacientes. Los reingresos fueron principalmente por causa respiratoria.



ANTE NEUMONÍA DE MALA EVOLUCIÓN PREGUNTA POR LA ASPIRACIÓN

Palacios Bermejo A, González Mateos R, Escalonilla García J.J, Pérez Moreno J
Hospital General Gregorio Marañón. Servicio de Pediatría (Hospitalización pediátrica).

INTRODUCCIÓN

La neumonía en el ámbito pediátrico constituye un diagnóstico clínico-radiológico, habitualmente con buena evolución. Sin embargo, existen casos de evolución tórpida:

- Mala adherencia al tratamiento
- Resistencias a ATB
- ¿Aspiración de cuerpo extraño?

CASO 1

Hombre | 2 años | No AP

Fiebre 39.5°C+tos
7 días

Amoxicilina 80
mg/kg/día 7 días

Rx tórax: consolidado + atelectasia LID
Leucocitosis + Neutrofilia + IgM Mycoplasma

ECO: consolidado
sin broncograma
aéreo

SE REHISTORIA:
atragantamiento

Fibrobroncoscopia:
palomita maíz



Extracción + ampicilina IV (200 mg/kg/día) +
azitromicina (10 mg/kg/día)



CASO 2

Mujer | 2 años | No AP

1^a
VISITA
Fiebre 39.5°C+tos
10 días

Rx tórax: infiltrado
en LID

Amoxicilina:
80mg/kg/día 10
días

2^a
VISITA
Nuevo pico febril 8
días después

Rx tórax persiste
consolidado

Ingreso para tto
con cefotaxima y
clindamicina



SE REHISTORIA: no atragantamiento.
Consumo habitual de frutos secos troceados

TC: obliteración
bronquio ID

Fibrobroncoscopia
Trozo anacardo

Extracción + tratamiento con amoxicilina-ácido
clavulánico 80 mg/kg/día hasta completar 7 días

CONCLUSIÓN

En una neumonía de mala evolución hay que descartar las causas más frecuentes de fracaso terapéutico (revisar tolerancia y correcta administración de pauta antibiótica). En menores de 3-5 años es importante valorar la posibilidad de aspiración de 5 años. Es especialmente importante la historia clínica incluso en pacientes sin antecedentes claros de atragantamiento.



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

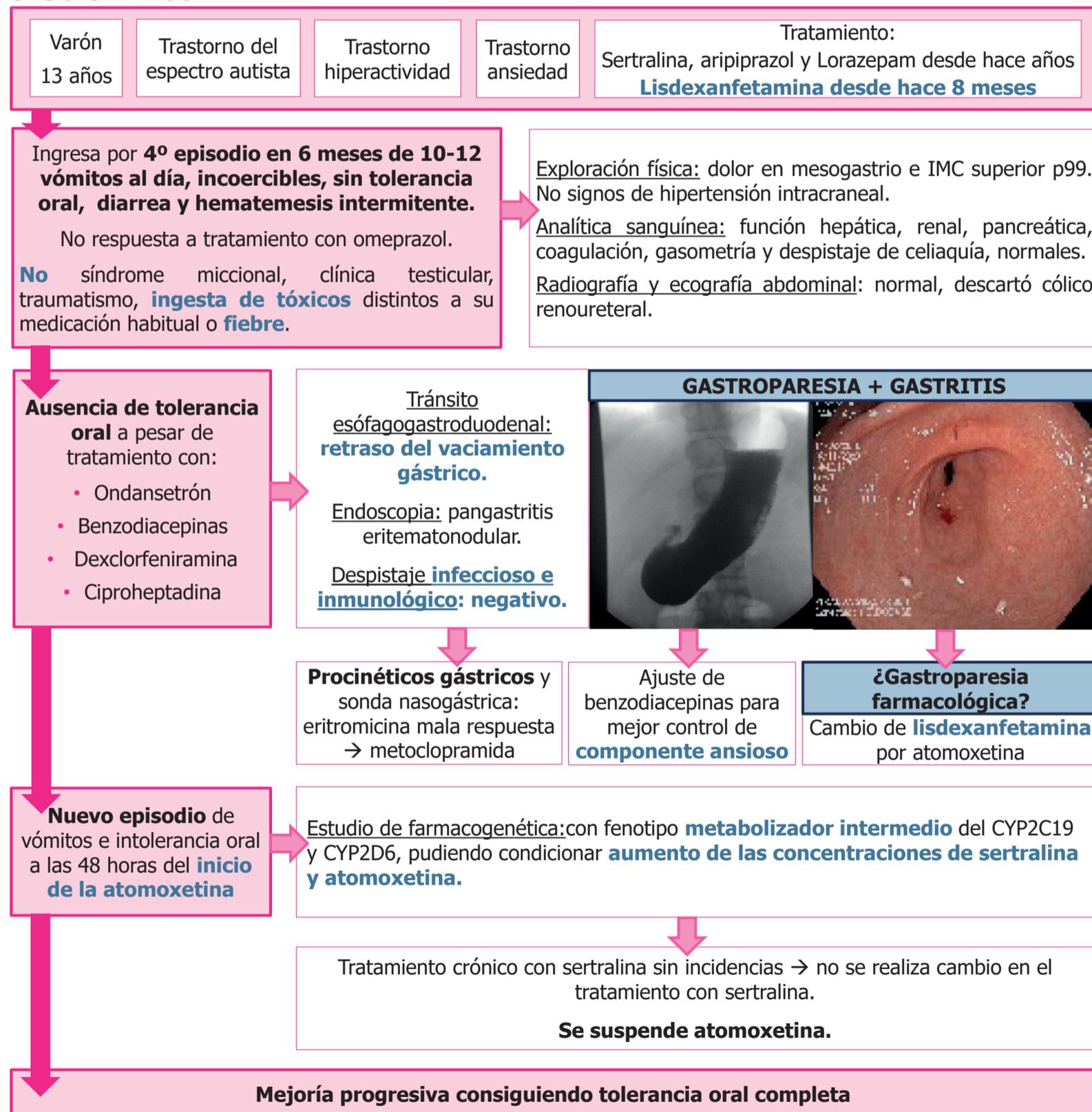
Alicia Fernández González¹, Daniel Martín De Diego¹, Laura Hernández Sabater², Manuel Martínez Lázaro¹, María del Carmen Miranda Cid³, María del Mar Tolín Hernani³, Jimena Pérez Moreno¹, Blanca Toledo Del Castillo¹

1. Sección Pediatría Interna Hospitalaria, HGU Gregorio Marañón. 2. Sección Pediatría Interna Hospitalaria, HGU Doctor Balmis.
3. Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. HGU Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La dismotilidad intestinal es una entidad infrecuente fuera del paciente crítico o crónico complejo. Se puede ver alterada por múltiples factores siendo fundamental su detección precoz para evitar trastornos iónicos y desnutrición secundaria.

CASO CLÍNICO



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

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

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



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

Díaz Vizcaya L¹; Souto Viñas M¹, López Villares M¹; Portugués de la Red M¹; Cabrera Alvargonzalez J²; Concheiro Guisán A¹

Servicio de Pediatría¹ Servicio de Microbiología² Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Introducción

- El Mycoplasma Pneumoniae es el causante de un gran número de infecciones respiratorias, generalmente leves y autolimitadas.
- Se ha percibido un aumento de casos en la edad pediátrica con un incremento proporcional de las formas extrapulmonares y de los ingresos.
- Dado el aumento de casos la sociedad de infectología pediátrica pública un documento de consenso y vigilancia de la infección por mycoplasma

Objetivo

Analizar la tasa de hospitalización y el espectro clínico-epidemiológico de las infecciones provocadas por Mycoplasma en el año 2024.

Material y métodos

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

Resultados



Se incluyeron un total de 39 pacientes. Un 51 % de los pacientes eran mujeres.



La edad media al ingreso de 4 años, sin embargo vemos un gran porcentaje de menores de 3 años entre los hospitalizados (50%), lo cual podría indicar una mayor gravedad de la enfermedad en este grupo de edad. La estancia media de ingreso fue de 4 días.



La mayor parte de los pacientes (85%) fueron diagnosticados por PCR en aspirado nasofaríngeo, el resto por serologías concluyentes con infección activa.



En cuanto al motivo de ingreso, el 75% fueron hospitalizados por neumonía con criterios de ingreso, de los cuales 20% presentaban derrame pleural significativo, 40% necesitaban oxigenoterapia y un 33% asociaba broncoespasmo grave.



Un 25% de los hospitalizados presentaron patología extrapulmonar grave: 3 casos de afectación mucocutánea, uno de ellos con rash y mucositis severa inducido por mycoplasma, una hepatitis colestásica y un paciente con encefalitis aguda.

Conclusiones

- Se ha percibido un incremento de ingresos por infección por Mycoplasma así como aumento de la gravedad. Para sacar conclusiones significativas habría que compararlo con tasas de hospitalización de años previos.
- El perfil de edad ha cambiado, afectando más a lactantes y preescolares, acorde a los cambios epidemiológicos descritos en otros países.
- Todos recibieron azitromicina con buena respuesta, pero dado el aumento de resistencias, la SEIP propone claritromicina como primera opción y debemos incorporarlo en nuestro protocolo.
- Por este motivo, la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) ha publicado un documento de posicionamiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por este patógeno en el número de julio de Anales de Pediatría, el órgano de expresión científica de la Asociación Española de Pediatría (AEP).



NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS QUE REQUIEREN INGRESO

María Fernández Miaja, Pablo Martino Redondo, Amanda Cuesta López, M^a Agustina Alonso Álvarez, David González Jiménez, Laura Valle Lence, Sara Álvarez Blanco, Corsino Rey Galán. Hospital Universitario Central de Asturias. Universidad de Oviedo.

OBJETIVO



Evaluar el resultado de la implementación de un **protocolo de nutrición enteral por sonda nasogástrica (SNG)** en pacientes ingresados con bronquiolitis, y comparar evolución, efectos adversos y satisfacción con la técnica entre niños con **SNG** y **fluidoterapia (VIA)**.



MATERIALES Y MÉTODOS



Estudio observacional, descriptivo. 2 grupos: SNG y VIA.

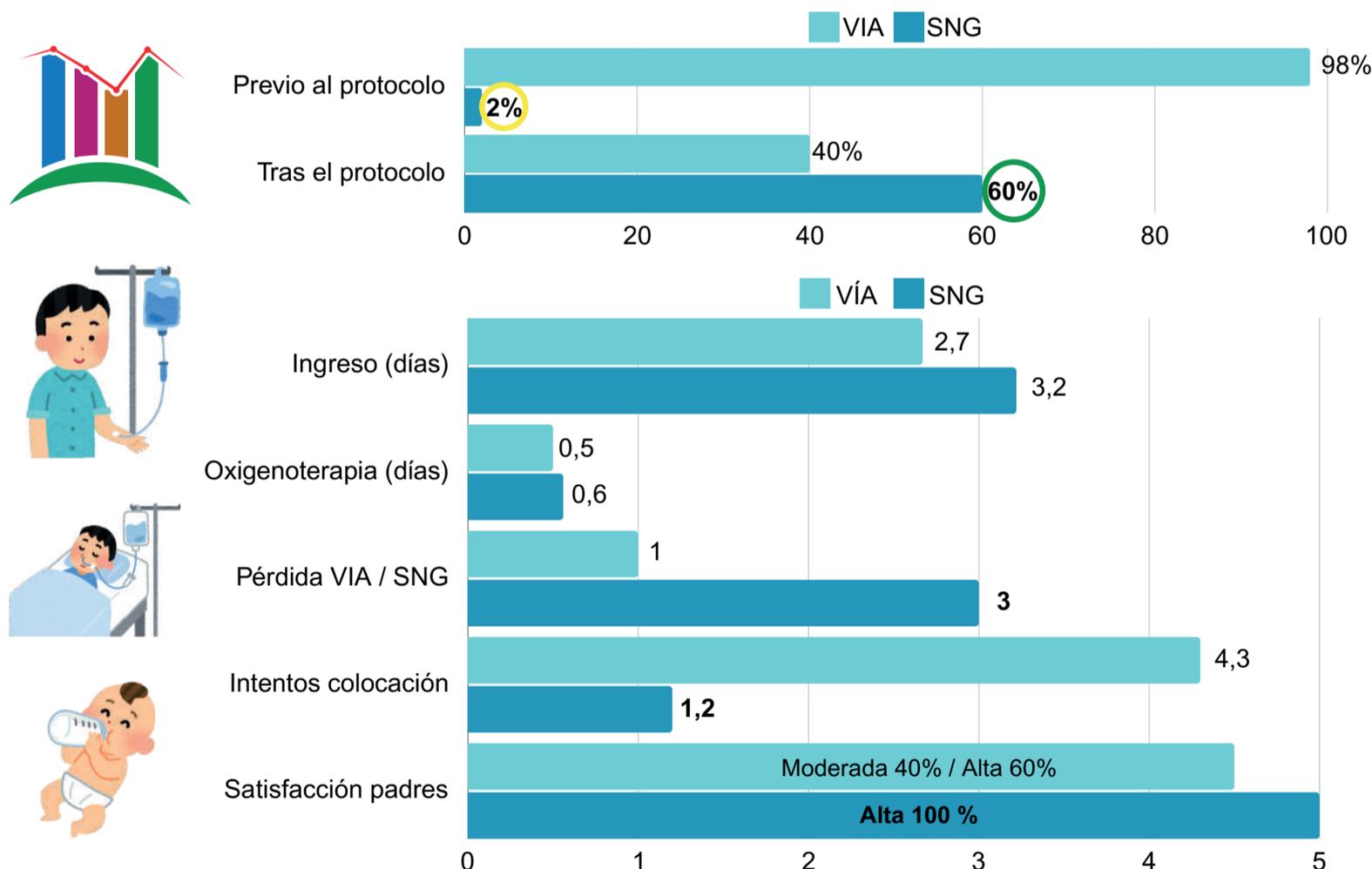
Cohortes: retrospectiva (N 47 / 2022-23) y prospectiva (N15 / 2023-24).*

Variables: días de oxigenoterapia, duración de ingreso, eventos adversos.

Encuesta de satisfacción.

*La comparación entre cohortes se usó para evaluar la implementación del protocolo. En la comparación de evolución, efectos adversos y satisfacción, se utilizó la cohorte prospectiva.

RESULTADOS



CONCLUSIONES Y COMENTARIOS



- La intervención docente **aumentó significativamente el uso de SNG** en el grupo de estudio.
- La nutrición por SNG fue **muy bien valorada** por los progenitores, probablemente por la menor dificultad en la técnica de colocación.
- La nutrición por SNG es una **opción eficaz y segura** para la nutrición enteral en estos pacientes.





INFECCIONES OSTEOARTICULARES POR *Streptococcus pyogenes* ANTES Y DESPUÉS DEL AUMENTO DE CASOS DE INFECCIONES INVASIVAS POR *Streptococcus pyogenes*

Marta Agüera, Anna Gamell, María Ríos-Barnés, David Moreno-Romo, Victoria Fumadó, Eneritz Velasco-Arnaz

Introducción: Las infecciones osteoarticulares agudas hematógenas (IOAH) son más frecuentes en la infancia, sobre todo en menores de 5 años. *S. pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico grupo SGA) es causa de una proporción relativamente pequeña pero constante de casos de IOAH en la infancia (10%), aunque la literatura centrada en las IOAH por SGA es escasa.

A partir de 12/2022 se notificó un **aumento** significativo de las **infecciones por SGA**, incluyendo infecciones invasivas (iSGA). Un 12.3% de los casos involucraron infecciones osteoarticulares. Las causas no están claras.

Objetivo: describir y comparar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes pediátricos con IOAH por SGA antes y después del aumento de casos de iSGA, así como el abordaje terapéutico.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico de la Red Española de Investigación en Infecciones Osteoarticulares Pediátricas (RIOPed).

Resultados: 78 pacientes (P1:56, P2:22). 47.4% niñas, con una edad mediana de 4.4 (RIC 2.2-7.9) años.

La IOAH más frecuentes fueron la **artritis séptica (AS 46.8%)**, la osteomielitis (OM 41.6%) y la osteoartritis (OA 10.4%).

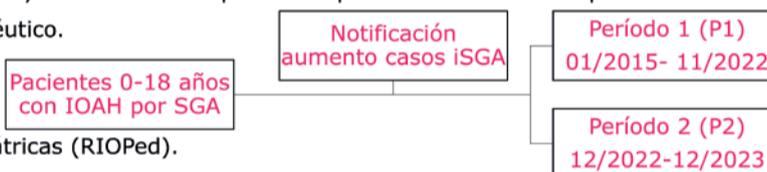


Tabla 1. Comparación de las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes diagnosticados antes y después de la notificación del aumento de incidencia de iGAS.

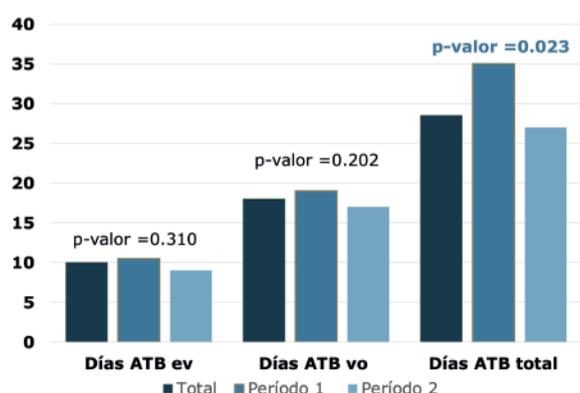
	Total n = 78	P1 n = 56	P2 n = 22	p-valor
Edad, años	4.4 (2.2-7.9)	3.5 (2.1-7.7)	6.2 (3.9- 8.4)	0.114
Sexo masculino	41 (52.6%)	29 (51.8%)	12 (54.5%)	0.826
Características clínicas				
Fiebre	72 (92.3%)	51 (91.1%)	21 (95.5%)	0.513
Cojera	48 (61.5%)	34 (60.1%)	14 (63.7%)	0.811
Dolor selectivo o inmovilidad	73 (93.6%)	51 (91.1%)	22 (100%)	0.147
Tumefacción	47 (60.35)	33 (58.9%)	14 (63.6%)	0.702
Limitación de la movilidad	63 (80.8%)	43 (76.8%)	20 (90.9%)	0.191
Parámetros analíticos al diagnóstico				
VSG, mm/h	56 (28-76)	56.5 (35.0-77.3)	36 (21.0-83.0)	0.418
PCR, mg/L	128.3 (74.3-219.7)	114 (64.0-184.0)	174.2 (99.5-249.8)	0.048
PCT, ng/L	0.9 (0.4-5.0)	2.3 (0.5-5.0)	0.7 (0.2-12.9)	0.423
Procedimientos diagnósticos				
Hemocultivo	71 (91.0%)	51 (91.1%)	20 (90.9%)	0.982
Artrotomía	28 (35.9%)	19 (33.9%)	9 (40.9%)	0.563
Artrocentesis	5 (6.4%)	1 (1.8%)	4 (18.2%)	0.021
Punción ósea	4 (5.1%)	4 (7.1%)	0 (0.0%)	0.257*
Hemocultivo positivo	45/71 (63.4%)	37/51 (72.5%)	8/20 (40%)	0.035
Cultivo/PCR positiva en muestra de foco^	25/37 (67.6%)	15/24 (62.5%)	10/13 (76.9%)	0.371

^muestra obtenida por artrotomía, artrocentesis y/o punción ósea

Tabla 2. Comparación de las entidades clínicas, complicaciones y estancia hospitalaria entre los dos períodos.

	Total n = 78	P1 n = 56	P2 n = 22	p-valor
Diagnóstico				
AS	36/78 (46.2%)	22/56 (39.3%)	14/22 (63.6%)	0.002
OM	32/78 (41.0%)	30/56 (53.6%)	2/22 (9.1%)	
OA	8/78 (10.3%)	4/56 (7.1%)	4/22 (18.2%)	
Espondilodiscitis	1/78 (1.2%)	0/56 (0.0%)	1/22 (4.5%)	
Piomiositis primaria	1/78 (1.2%)	0/56 (0.0%)	1/22 (4.5%)	
Complicaciones				
Piomiositis	17 (21.8%)	10 (17.9%)	7 (31.8%)	0.179
Abscesos de partes blandas	10 (12.8%)	6 (10.7%)	4 (18.2%)	0.295
Abscesos subperiósteos	8 (10.3%)	7 (12.5%)	1 (4.5%)	0.278
Émbolos sépticos/neumonía	1 (1.3%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	0.718
Otras	6 (7.8%)	5 (8.9%)	1 (4.5%)	0.454
Ingreso en UCI	3 (3.8%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	0.104
Estancia hospitalaria	10 (8-16)	11.5 (8-18)	10 (7.5-14)	0.247
Secuelas tras finalizar tratamiento	18 (23.1%)	14 (25.0%)	4 (18.2%)	0.531

Gráfico 1. Comparación de la duración del tratamiento de los pacientes diagnosticados antes y después de la notificación del aumento de incidencia de iGAS.



No hallamos **diferencias** en la necesidad de ingreso en **UCIP**, de **tratamiento quirúrgico** ni de **secuelas** tras finalizar el tratamiento (mínimo hasta los 3 meses).

Respecto el manejo terapéutico, se observó una **reducción** de la duración del **tratamiento antibiótico total** en P2 (más casos de AS respecto OM).

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



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

Bonanad Carrasco, T., Moreno Sánchez, MM., Lorente Beltrán, A., Palazón Nieto, N., Vivancos Medina, P., Galant Pérez, L., Espinosa Torres, A., Ayala Alcolea, L.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Día (HD) es una unidad que se encarga de llevar a cabo procedimientos específicos del ámbito hospitalario sin necesidad de permanecer ingresados en una planta de hospitalización. Este recurso puede llegar a ser realmente útil para los pacientes crónicos complejos y paliativos infantiles, que suelen presentar necesidades complejas que requieren una atención integral mediante el trabajo en equipo de pediatras de diferentes servicios y un personal de enfermería altamente cualificado.

METODOLOGÍA



Se elaboró un estudio observacional, descriptivo de las asistencias realizadas en el Hospital de Día del Paciente Pediátrico con Enfermedades Crónicas Complejas y con Necesidades Paliativas.



Se incluyeron los datos registrados desde la creación de la agenda digital de esta unidad, el 3 de marzo de 2024, hasta el 18 de junio de 2024.



Todas las actividades comprendidas en la agenda digital del HD fueron recogidas en el estudio.

CONCLUSIONES

El HD para pacientes pediátricos con enfermedades crónicas complejas y necesidades paliativas, es una **alternativa asistencial eficiente** a la hospitalización convencional, favoreciendo la continuidad asistencial y generando una asistencia ágil, coordinada y ambulatoria sin las desventajas del ingreso, ni la prolongación de la estancia hospitalaria, optimizando así los recursos sanitarios. Especialmente, en procesos asistenciales como son la administración de tratamientos, la extracción y toma de muestras y el manejo de dispositivos.

OBJETIVOS

Contabilizar el número de pacientes que se han beneficiado de este servicio e identificar los tipos de prestaciones llevadas a cabo.

RESULTADOS

Durante 3 meses se ofreció asistencia a un total de 43 pacientes: un 35,3% lactantes, un 32,4% en edad preescolar, un 29,4% escolares y un 2,9% adolescentes.

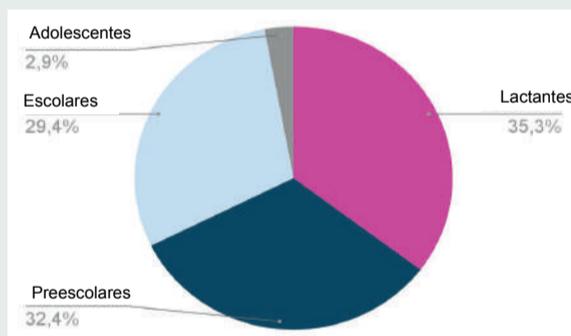


Figura 1: Gráfico de edad de los pacientes recogidos en el estudio

Se llevaron a cabo un total de 78 prestaciones, siendo las más frecuentes: **extracciones y extracciones infantiles** (23%), la **administración de otros tratamientos** (20,5%), **cambio y cuidados de sonda de gastrostomía** (11,53%), **toma de muestras** (10,28%), **administración de tratamientos intravenosos** (10,28%), **curas sucesivas** (8,97%) y **gasometrías** (7,69%).

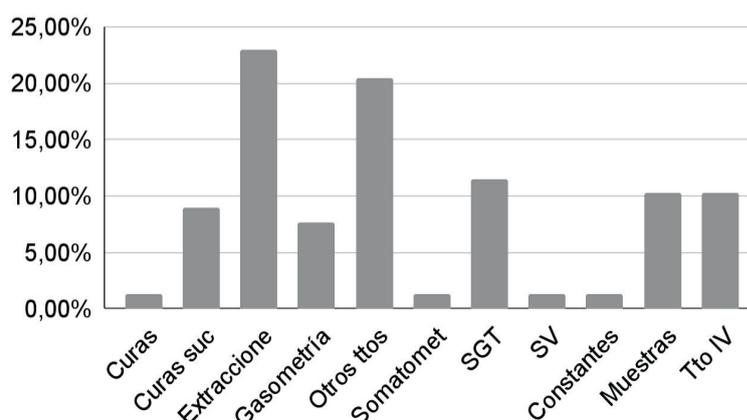


Figura 2: Gráfico de actividades realizadas en el Hospital de Día.



ESCOLAR CON TORTÍCOLIS: UN ENIGMA CERVICAL

Lucia Romero Imaz, Patricia del Olmo Segura, Elvira Cobo Vázquez, Ana Martin Moreno, Lydia de la Torre Martín, Mercedes Bueno Campaña, Alvaro LaFuente Romero, David Argumanez García.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Escolar de 9 años
Adenitis cervical y
tortícolis dolorosa
7 días de evolución

Tratamiento inicial:
cefazolina, clindamicina,
antiinflamatorios y
corticoesteroides iv

Evolución:
cede la fiebre
persiste **tortícolis rígida** con
rotación y flexión cervical
derecha, y **mentón desviado hacia**
el lado izquierdo.

PPCC:
- RX transoral: no
concluyente.
- TC cervical: **síndrome**
de Grisel tipo I
(imagen 1 y 2).

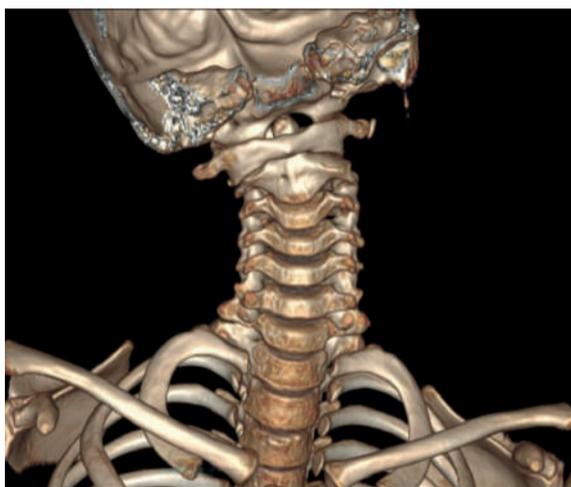
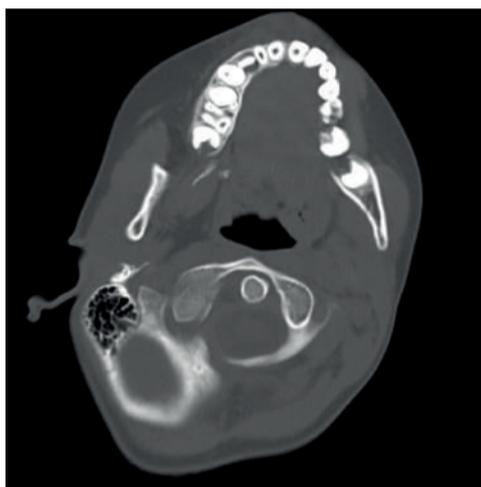


Imagen 1 y 2

Buena evolución con
manejo conservador.

Recupera la movilidad
cervical a las 2 semanas.

Síndrome de Grisel

Subluxación atloaxoidea
atraumática relacionada
con proceso infeccioso
ORL o intervención
quirúrgica en cabeza o
cuello.

Diagnóstico clínico.
Precisa confirmación
radiológica con TC.



La **clasificación** más aceptada es la de Fielding y Hawkins:

- Tipo I: subluxación rotacional sin desplazamiento anterior
- Tipo II: subluxación rotacional con desplazamiento anterior de 3-5mm
- Tipo III: subluxación rotacional con desplazamiento anterior > 5mm
- Tipo IV: subluxación rotacional con desplazamiento posterior

Los tipos **I y II** son los más frecuentes, sin déficit neurológico asociado.

Manejo conservador: inmovilización (con tracción salvo en el tipo I), analgesia y antibioterapia.

Tratamiento quirúrgico: si hay afectación neurológica, recidiva o duración superior a 3 meses tras tratamiento conservador.

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



Ventilación no invasiva en cuidados intermedios pediátricos en hospital secundario sin UCIP: 5 años de experiencia.

Moreno Herrera A, Téllez González C, Esquivá Soto S, Sinovas Sampérez L, Rex Nicolás MC, Cabrera Eugenio JE, Hurtado Sáez G, Palazón Rico F. Hospital universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

La ventilación mecánica no invasiva (VNI) es un tipo de soporte respiratorio utilizado generalmente en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Sin embargo, una adecuada formación, protocolización y vigilancia, permite su implantación en unidades de cuidados intermedios (CIP), por lo que su manejo debe ser conocido por pediatras internistas.

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

METODOLOGÍA

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

RESULTADOS

	IRA	IRC	Total
n	66 (64,7%)	36 (66,6%)	102
Hombres	40 (60,6%)	24 (66,6%)	64 (62,7 %)
Mujeres	26 (39,4%)	12 (33,3%)	38 (37,2%)
Edad media (años)	2,90	7,07	
Causas	Bronquiolitis 40,9% IRC-A 22,7% IRA 13,6% Broncoespasmo 15,1% Traumatología 4,5% Postoperatorio 3%	ORL 44,4% Maxilofacial 19,4% Síndromes 19,4% Obesidad 11,1% Neuromuscular 5,5%	
81,8% Identificación microbiológica	VRS 50% Rhinovirus 33,3% Metapneumovirus 7,5% Adenovirus 6% Bocavirus 6% Influenza 4,5% Coinfecciones 35,3%		
Modo (cmH2O)	BLPAP	62 (93,9%)	5 (13,8%)
	CPAP	4 (60,6%)	31 (86,1%)
Duración VNI (días)	2,23	1	
Estancia en CIP (días)	3,82	1	
Estancia hospitalaria (días)	9,03	1	
Traslados	13,6%	0	
Éxito en paliativos	4,5%	0	
Complicación local	7,5% conjuntivitis (60% Haemophilus influenzae)	0	

Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el valor de IPAP en IRA 11,3 cmH₂O ($\pm 1,80$ DE) e IRC reagudizada 14,5 cmH₂O ($\pm 2,64$ DE).
Diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,03$) entre el valor de IPAP en trasladados 14,1 cmH₂O ($\pm 3,29$ DE) y no trasladados 12,3 cmH₂O ($\pm 2,48$ DE).

CONCLUSIONES

Los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica precisan parámetros de asistencia más elevados en VNI que los que no tienen patología de base, al igual que los pacientes trasladados en nuestra muestra.

El uso de VNI en cuidados intermedios pediátricos es seguro, siendo fundamental el adecuado entrenamiento del personal, la protocolización de la asistencia y vigilancia de la efectividad de la técnica estableciendo criterios de refractariedad y empeoramiento con necesidad de traslado a una UCIP.



ENCEFALITIS POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Donado-Mazarrón García, A. Suñé Aznárez, L. Fernández Vallespín, M. Pons Espinal, I. Cano Cámara,
M. Fernández de Sevilla Estrach, J.J. García García

INTRODUCCIÓN



MYCOPLASMA PNEUMONIAE

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

CASO 1



12 años
Sin antecedentes

Motivo de consulta:

Cefalea occipital de 1 sem, asocia desde hace 48h fiebre + vómitos. Duerme más de lo habitual.

Valorado en su ambulatorio 24h antes, con Rx tórax con infiltrado hiliar bilateral y se inicia **azitromicina**.



En urgencias presenta **episodio de 20 segundos de desconexión del medio, con mirada perdida y sin movimientos anormales**, con recuperación inmediata.

EF: BEG, NC, NH. ACR: normal. NRL: **signos meníngeos negativos, sin focalidad NRL** (no repite nuevo episodio descrito). Resto sin alteraciones.

1

ABORDAJE EN URGENCIAS

- **Análítica sanguínea:** sin alteraciones.
- **TAC cerebral:** sin signos de patología aguda.
- **PL:** proteínas 42 mg/dL, leucocitos 135/mm³ (80% mononucleados). Se cursan PCR VHS-1 y 2. Cultivo en curso

PLAN: Se ingresa con **aciclovir ev + ceftriaxona ev**. Se mantiene **azitromicina vo** ya iniciada.

Se suspende aciclovir a las 24h tras PCR VHS negativas.

2

EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO

- **Frotis nasofaríngeo:** PCR ++ para a *M. pneumoniae*
- **LCR:** Cultivo negativo. PCR VHS y *M. pneumoniae* negativa.
- **AS:** muestra insuficiente para IgM e IgG *M. pneumoniae*.
- **vEEG:** hallazgos compatibles con **encefalitis**

OD: SOSPECHA DE MENINGOENCEFALITIS POR *M. PNEUMONIAE*

TTO: **Azitromicina vo 3 días.**

Excelente evolución clínica.
No presenta nuevos episodios de desconexión del medio.

CONCLUSIONES

- La encefalitis es una manifestación ocasional de la infección por *M.pneumoniae* y su diagnóstico es complejo.
- La serología (sobre todo la IgM) puede ser de utilidad, así como la PCR en muestra respiratoria. El cultivo no suele ser de utilidad y la PCR específica en LCR difícilmente es positiva.
- Es importante sospechar esta etiología en casos compatibles clínica o epidemiológicamente, tanto en afectación del SNC directamente relacionada con la infección, como en el daño neurológico derivado de la disregulación inmune secundaria.

CASO 2



13 años
Sin antecedentes

Motivo de consulta:

Fiebre de 48h, asociando vómitos y cefalea opresiva en las últimas horas.

EF: Regular estado general, NH. ACR: sibilantes esp/inspiratorios, subcrepitantes base derecha. Abdomen anodino. **NRL: desorientada, rigidez nuchal y tendencia a la somnolencia. Marcha inestable (aumento de la base de sustentación).**

1

ABORDAJE EN URGENCIAS

- **Análítica sanguínea:** sin alteraciones.
- **TAC cerebral:** sin signos de patología aguda.
- **PL:** Proteínas 73 mg/dl, glucosa 63 mg/dl, 50 leucocitos/mm³. Se cursan PCR VHS-1 y 2. Cultivo en curso.

OD: SOSPECHA DE MENINGOENCEFALITIS VÍRICA + BRONCOESPASMO LEVE ASOCIADO.

PLAN: Se ingresa con **aciclovir ev + salbutamol inh + azitromicina vo + ceftriaxona ev**

2

EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO

Se suspende aciclovir a las 24h tras PCR VHS negativas y ceftriaxona a las 48h tras cultivo LCR negativo.



Aparición de estrabismo y sialorrea + Disminución progresiva del nivel de conciencia

- **RMN cerebral:** lesiones inflamatorias en sustancia blanca, ganglios basales y tronco encefálico.
- **Frotis nasofaríngeo:** PCR ++ para a *M.pneumoniae*.
- **LCR:** cultivo negativo. PCR VHS y *M. pneumoniae* negativa.

OD: ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA POST-INFECCIOSA (por *M. pneumoniae*)

Traslado UCI-P.

TTO: **Azitromicina + metilprednisolona 2 mg/kg/día + inmunoglobulinas ev 2 g/kg**

No requiere soporte respiratorio. Resolución clínica previa al alta.



Mas allá de una infección de orina. Caso clínico

Inés García Cáceres, Inés Vico Marín y Laura Pilar Marín López

¿Que es el pseudohipoaldosteronismo secundario?

- Es una tubulopatía transitoria
- Sus factores de riesgo destacan uropatías obstructivas, edad temprana y sexo masculino
- Cien casos descritos en todo el mundo

Objetivo: relevancia del diagnóstico y manejo de la hiponatremia grave en el contexto de infecciones urinarias recurrentes y sus posibles complicaciones.

Caso clínico

Paciente de 1 año con antecedentes de tres infecciones urinarias acude al hospita comarcal con vómitos, estancamiento ponderal e irritabilidad de dos semanas de evolución. Tiene urocultivo positivo tratado con cefixima oral



Se ingresa y se detecta hiponatremia grave y acidosis metabólica. Se administra antibioterapia intravenosa y suero hipertónico. Ante la escasa mejoría, se traslado a la UCIP de hospital de tercer nivel.



Se solicitan niveles de aldosterona y renina, que son altos
La ecografía renal revela riñón izquierdo malrotado con criterios de DTU P2, sugiriendo un megaurétercongénito.



Diagnóstico de pseudohipoaldosteronismo secundario



Buena respuesta a tratamiento antibiótico intravenoso. Sodio normal
Seguimiento semestral por nefrología .

Conclusiones y comentarios

El pseudohipoaldosteronismo se caracteriza por una baja expresión o aumento de resistencia al receptor de aldosterona, presentando deshidratación, hiperkalemia, hiponatremia y acidosis metabólica. Es generalmente asintomático y transitorio, resolviéndose con el tratamiento de la causa secundaria.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial y una anamnesis exhaustiva ante un paciente con hiponatremia grave. La identificación de su causa es crucial para evitar consecuencias graves.

En este caso, el tratamiento oportuno y adecuado de la infección urinaria fue esencial para la resolución de la hiponatremia

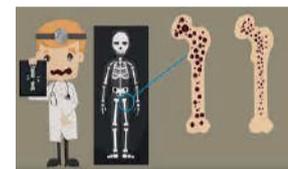


Estudio sobre salud ósea en niños seguidos en una unidad de hospitalización domiciliaria y cuidados paliativos pediátricos

Autores: Montero Cebrián MT, Bernal Galera MA, Vivancos Medina P, Moreno Sánchez MM, Bonanad Carrasco T, Lorente Beltrán A, Palazón Nieto N, Galant Pérez L. Unidad Regional de Atención Integral del Paciente Pediátrico con Enfermedad Crónica Compleja y Cuidados Paliativos (URAI-P-PECCP). Murcia

Introducción y objetivos:

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



Metodología:

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

Tabla. Factores de riesgo asociados baja DMO y osteoporosis en niños y adolescentes

Trastornos genéticos y hereditarios	Enfermedades crónicas	Trastornos nutricionales	Enfermedades del sistema endocrino	Fármacos	Hábitos de vida
- Enfermedades del colágeno - Osteoporosis idiopática juvenil - Cromosomopatías: Turner, Klinefelter, Down - Enfermedades de depósito - Otros: Wilson, fenilcetonuria	- Reumáticas: artritis idiopática, lupus eritematosos, dermatomiositis, etc. - Digestivas: enfermedad inflamatoria intestinal, celiacía, etc. - Pulmonares: fibrosis quística - Renales: síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica - Oncohematológicas: leucemias, linfomas, talasemia, hemofilia - Neuromusculares: parálisis cerebral, distrofias musculares, amiotrofia espinal	- Malabsorción - Malnutrición - Deficiencia de calcio - Deficiencia de vitaminas: D, C, K - Dieta cetogénica	- Enfermedad de Cushing - Hipogonadismo - Hipertiroidismo - Hiperparatiroidismo - Déficit de hormona del crecimiento. - Diabetes mellitus	- Corticoides - Antiepilépticos - Quimioterapia de protones - Inhibidores de la recaptación de serotonina - Otros: diuréticos, anticoagulantes, ciclosporina, metotrexate, acetato de leuprolide, tenofovir	- Inmovilización prolongada - Alimentación inadecuada - Exposición solar deficiente



Resultados:

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

Conclusiones:

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



Bibliografía:

- Bronsky J, Dall'Oglio L, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with neurological impairment. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 65(2): 242-64.
- Galindo-Zavala R, Bou-Torrent R, Magallanes-Lopez B, Mir-Perello C, Palmou-Fontana N, Sevilla-Perez B, et al. Expert panel consensus recommendations for diagnosis and treatment of secondary osteoporosis in children. Pediatr Rheumatol. 2020; 18(1): 20.
- López Robledillo JC. Evaluación y tratamiento de la osteoporosis en niños. Pediatr Integral 2017; XXI (3): 160-169.
- Crehuá Gaudiza E, Martínez Costa C. Salud ósea en niños con enfermedad neurológica. Manuel en el niño con enfermedad neurológica. 2022. ERGON.
- Yeste D, Clemente M, Campos A, Fábregas A, Soler L, Carrascosa A. Osteoporosis en pediatría. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2017; 8 (Suppl).



LA FIEBRE PROLONGADA, UN RETO DIAGNÓSTICO

Andrea Daniel Calveras, Laura Fernandez Vallespin, Nolvía Lizeth Castillo Giron, Maria Melé Casas, Cristian Launes Montanya, Juan José Garcia Garcia
Hospital Sant Joan de Déu.

INTRODUCCIÓN

En pediatría, la causa más frecuente de fiebre prolongada son las infecciones, seguido de las enfermedades inflamatorias o autoinmunitarias y las neoplasias. Para llegar al diagnóstico etiológico es imprescindible una anamnesis y exploración física detalladas, seguido de exploraciones complementarias guiadas según los hallazgos clínicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de **6 años** que consulta por **fiebre de 15 días de evolución** (máx 41°C). Asocia **exantema** reticular en tronco y **adenopatías** cervicales e inguinales bilaterales.

- **Antecedentes:** Síndrome de Mowat Wilson, con discapacidad intelectual y **epilepsia**, en tratamiento con **valproato** y **etosuximida** (ésta última de reciente introducción).
- Analítica sanguínea: **Anemia** (Hb 10.8g/dl). Plaquetas normales. **Leucocitosis** (14.600) con **eosinofilia** (2.600). Aumento de marcadores inflamatorios (**PCR 72.9 mg/L**, **VSG 79 mm/h**, **Ferritina 224 ug/L**, **LDH 1030 UI/L**). Leve transaminitis (ALT 62 UI/L, AST 75 UI/L)



Causa infecciosa	Radiografía de tórax: normal Ecografía abdominal: normal Ecocardiograma: normal	Serologías, PCRs, cultivos: negativos Quantiferón: negativo
-------------------------	---	--



Causa medicamentosa	Síndrome de Dress por etosuximida → Sin cambios tras retirada del fármaco
----------------------------	---



Neoplasia	Ecografías abdominal y ganglionar: normales. Frotis de sangre periférica: síndrome leucoeritroblástico. AMO: no celularidad maligna. PET-TC: adenopatías generalizadas.
------------------	--



Causa autoinmune o inmunomediada	AMO: no hemofagocitosis. Complemento: descenso C3 y C4. Sedimento de orina: proteinuria en rango nefrótico. Microhematuria. Autoanticuerpos: ANA 1/640, anti-DNA 133 UI/L.
---	---

Fiebre + exantema + poliadenopatías + hipocomplementemia + proteinuria nefrótica + positividad anti-DNA y ANA



IgG anti-B2 glicoproteína
IgG anti-cardiolipina
IL18



Biopsia renal: **Nefritis lúpica** grado V

Lupus Eritematoso sistémico
con Nefritis Lúpica grado V

Inicio de **tratamiento** con megabulus de metilprednisolona, tacrolimus, micofenolato e hidroxicloroquina, con mejoría clínica y analítica.

CONCLUSIONES

- El lupus eritematoso sistémico debuta hasta en un 20% de casos durante la infancia, presentando en este periodo un mayor grado de actividad inflamatoria, condicionando una afectación sistémica más grave y un peor pronóstico.
- Ante un paciente con fiebre prolongada, exantema cutáneo y afectación hematológica y/o renal hay que considerar el LES en el diagnóstico diferencial.
- El inicio precoz del tratamiento específico reduce la actividad inflamatoria, previniendo de esta forma la progresión del daño orgánico y evitando complicaciones derivadas.



INSTAURACIÓN DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA A PIE DE CAMA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

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

Introducción

- Las **neumonías adquiridas** en la comunidad (NAC) en pacientes pediátricos generan un gran impacto en la morbilidad a nivel global.
- La evidencia de la utilidad de la **ecografía pulmonar** en el diagnóstico y seguimiento en urgencias y en unidades de cuidados intensivos está creciendo rápidamente, pero en las plantas de hospitalización todavía está en proceso de implementarse.

Objetivos

- Seguimiento con **ecografía pulmonar** de los pacientes ingresados con diagnóstico de NAC, realizada por pediatras de planta de hospitalización y residentes de pediatría.
- Análisis de las características clínicas, analíticas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes incluidos.

Métodos

- Estudio **descriptivo prospectivo**, de **intervención** y **unicéntrico**.
- Pacientes de entre 3 y 18 años de edad → Ingreso por **NAC** en diciembre 2023 – febrero 2024
- Se realiza **ecografía pulmonar**: **Al ingreso** → **Entre los 3-5 días siguientes** → **Si empeoramiento clínico**

Resultados

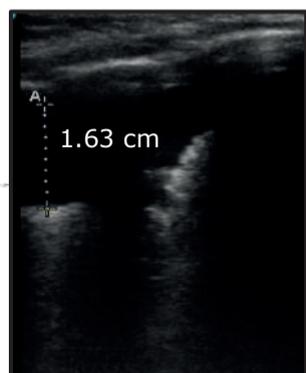
- Se incluyen 34 pacientes, con una mediana de 7 años de edad.
- Clasificación de la NAC según **etiología** (confirmación según resultado microbiológico: aspirado/frotis nasofaríngeo) y según **patrón ecográfico**:

Etiología		Patrón ecográfico	
Bacteriana	Vírica	Patrón alveolar	Patrón intersticial
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Gripe, metapneumovirus, rinovirus, adenovirus, VRS	 <i>Consolidación con broncograma aéreo y derrame pleural asociado</i>	 <i>Confluencia de líneas B con engrosamiento y rotura pleural</i>

- A nivel ecográfico, en el caso de las **neumonías víricas**, predominaba el **patrón intersticial**, en comparación con las neumonías de origen bacteriano ($p < 0,01$).
- En un 36% se realizó más de una ecografía, con una mediana de 4 días de ingreso. En aquellos pacientes con derrame pleural, se apreció una disminución del tamaño al alta, sin ser estadísticamente significativo.



Al ingreso



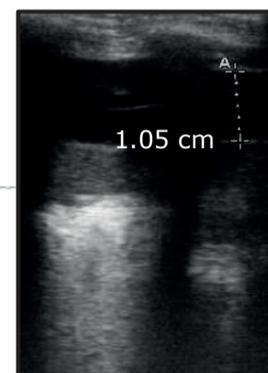
A las 72 horas



Al alta (5 días)



Evolución de derrame pleural tras 24h de drenaje pleural



1.05 cm

Conclusión

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



ABSCESO HEPÁTICO NEONATAL: UN HALLAZGO INFRECLENTE

P. Sarrias Ferrer; M. Farràs Riu; R. Pino Ramirez; C. González Grado; M. Ríos Barnes; M. González Salvador; E. Ladera González y M. Pons Espinal.

INTRODUCCIÓN

- El absceso hepático es una entidad rara, pero potencialmente fatal si aparece durante el periodo neonatal.
- La presentación del absceso hepático neonatal es diversa e inespecífica por lo que supone un reto diagnóstico
- La baja prevalencia de esta entidad hace necesario descartar factores predisponentes tanto internos (inmunodeficiencias) como externos (uso de catéteres umbilicales)

CASO CLÍNICO

En Urgencias

Varón de 20 días que consulta por 3 días de **FEBRÍCULA** (máx. 37,6°C) e **IRRITABILIDAD** asociada a creciente distensión abdominal, hiporexia y ausencia de deposiciones.

Antecedentes personales:
Recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional. Sin otros antecedentes de interés ni antecedentes familiares:

Pruebas complementarias

Análisis de orina (bolsa colectora)

Sedimento patológico con detección de algún BGN. Se cursa urocultivo.

Análisis de sangre

PCR 90 mg/l y PCT 24 ng/ml. Sin alteraciones del hemograma. Se cursa hemocultivo.

Punción lumbar

Proteínas 53 mg/dl; glucosa 52 mg/dl; 347 hematíes, 0 leucocitos. Array negativo y se cursa cultivo.

En planta

Sospecha de **SEPSIS CLÍNICO-ANALÍTICA** (de probable foco abdominal)



Valoración por CIRUGÍA

Descarta abdomen agudo. Se realiza 1a ecografía con abundante aire y mala visualización

Monitorización en UCI (12h)

Tras empeoramiento analítico se amplía cobertura antibiótica.

Urocultivo inicial positivo

Se aísla *E. coli* multisensible

*Se repite A/O mediante sondaje con urocultivo negativo

Cultivo LCR y hemocultivo negativo

Se desescala tratamiento.

Nueva ecografía abdominal

Se detecta:

Drenaje ecoguiado
Se drena el contenido del absceso y se cultiva.

Cultivo drenaje positivo

Se aísla *E. coli* y *B. fragillis*.

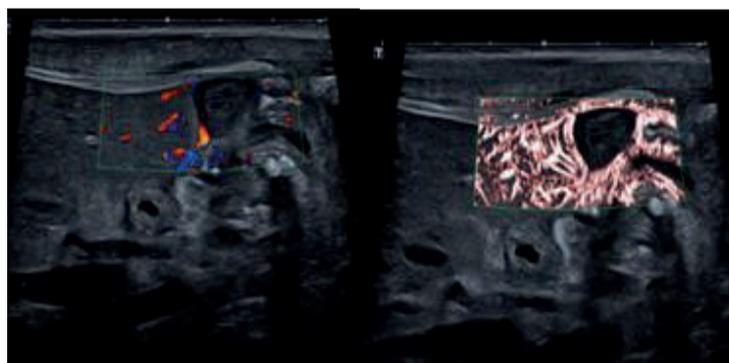


Figura 1: imagen ecográfica del absceso hepático subcapsular

ABSCESO HEPÁTICO SUBCAPSULAR (13x6mm)

ETIOLOGÍA y FACTORES PREDISONENTES

Probable origen bacteriano.

Se descartan factores predisponentes:

- No presencia de catéter umbilical
- Estudio inmunológico que descarta

Enfermedad Granulomatosa Crónica

ESTUDIOS DE EXTENSIÓN

Se realiza:

- Ecografía transfontanelar y ecocardiograma que no muestran alteraciones

EVOLUCIÓN FINAL

Con el diagnóstico definitivo se completaron un total de 21 días de antibioterapia endovenosa con **completa resolución clínica, analítica y ecográfica.**

Se establece seguimiento ambulatorio del paciente con servicios de inmunología, gastroenterología e infectología sin recidivas posteriores.

CONCLUSIONES

- Pese a su baja prevalencia, el absceso hepático debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la sepsis neonatal
- Existe poca bibliografía al respecto, junto con ausencia de guías específicas para su manejo
- El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinar e individualizado son claves para mejorar el pronóstico en esta entidad



Caracterización de la infección por *Mycoplasma pneumoniae* en el paciente pediátrico hospitalizado: estudio unicéntrico descriptivo (periodo 2023-2024)

Sánchez Llamas, Sara¹ / Baleta Riera, Laia² / Esteva, Cristina³ / Monsonís, Manuel³ / Noguera-Julián, Ton⁴ / Launes Montana, Cristian² / Fernández de Sevilla Estrach, Mariona² / Gamell Fulla, Anna⁴

1.Residente de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu / 2.Servicio de Planta de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu / 3.Servicio de Microbiología, Hospital Sant Joan de Déu / 4.Servicio de enfermedades infecciosas, Hospital Sant Joan de Déu

Introducción

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

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

Métodos

→ Estudio observacional retrospectivo

→ Criterios de inclusión: Pacientes con ingreso debido a infección por *M. pneumoniae* entre el 01/2023 y el 04/2024 en hospital pediátrico de tercer nivel

- Clínica + PCR *M. pneumoniae* positiva
- Clínica + IgM *M. pneumoniae* positiva
- Clínica + seroconversión de IgM a IgG

Resultados

→ Se incluyen 89 pacientes, 39 (43,8 %) de sexo femenino, con una mediana de edad de 8 años (RIC 3,5-11).

→ La forma clínica predominante fue la respiratoria (85 pacientes, 95,5%), requiriendo un paciente drenaje pleural y 12 (13,5%) ingreso en UCI-P durante una media de 5 días (RIC 3,5-5).

→ La infección se confirmó en 88 casos (98,9%) mediante PCR y mediante serologías en 23 (25,8%), presentando 55 de ellos (56,2%) co-infección vírica, la más frecuente por rinoenterovirus (30/55).

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

Clínica (N: 89 pacientes)	n	%
Respiratoria	85	95,5
Digestiva	28	31,5
Cutánea	11	12,4
Neurológica	2	2,2
Radiografía de tórax (N: 84 pacientes)	n	%
Normal	2	2,4
Infiltrado unilateral	21	25
Infiltrado bilateral	28	33,3
Consolidación unilateral	26	31
Consolidación bilateral	5	6
Derrame pleural	25	29,8
Soporte respiratorio (N: 57 pacientes)	n	%
Cánulas nasales	38	66,7
Oxigenoterapia de alto flujo	6	10,5
CPAP	1	1,8
VMNI	11	19,3
VMI	1	1,8

Conclusión

Es necesario conocer la presentación clínica actual de la infección por *M. pneumoniae*, para realizar un diagnóstico precoz, un tratamiento dirigido y evitar el uso innecesario de otros antibióticos.



Migraña hemipléjica familiar: un reto diagnóstico

Lara García, Marina ¹, González Rodríguez, Rosa María ¹; Galices García, Marta ¹;
Campo Barasoain, Andrea ¹, Risquete García, Rocío ¹
¹ Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Niña de **11 años** con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 1 en tratamiento con insulina y antecedentes familiares de migraña

URGENCIAS

Clínica de 2 horas de evolución:

- Cefalea intensa
- Debilidad motora
- Alteración del lenguaje
- Alteración de la visión
- Niegan consumo de tóxicos, traumatismos o fiebre



EXPLORACIÓN FÍSICA

- TEP inestable por apariencia
- Constantes en rango
- Bradipsiquia
- Pérdida de fuerza miembro superior derecho
- Hemianopsia homónima derecha completa
- Apraxia y afasia de expresión

Activación
**CÓDIGO
ICTUS**



AngioTAC, TAC perfusión y TAC sin contraste: resultados dentro normalidad

Se decide **paso a UCI-P** para vigilancia clínica estrecha, continuar estudio e iniciar tratamiento:

Analítica sanguínea con anticuerpos y **Hemocultivo**: sin hallazgos



Tóxicos en orina: negativos



RMN de cráneo y columna: sin hallazgos



Punción lumbar

- Tinción gram
- Bioquímica
- Anticuerpos
- Cultivo LCR
- PCR virus



Sin alteraciones



Aciclovir iv hasta obtener resultados

EEG en vigilia



asimetría interhemisférica a expensas del hemisferio izquierdo



Iniciamos **Levetiracetam**, con mejoría en sucesivos EEG de control



REHISTORIANDO A LA FAMILIA...

Inciendo en los antecedentes familiares, observamos que la **migraña** de su **padre** en ocasiones **asocia** de **parestesias y debilidad en miembros**



Se solicita **exoma** dirigido a **migraña hemipléjica familiar**



- La paciente es portadora en heterocigosis de VOUS en el **gen ATP1A2**, asociado a **migraña hemipléjica familiar (MHF) tipo 2**
- En estudio de segregación se observa la misma alteración genética en su padre

COMENTARIOS

- La **MHF** es un subtipo poco frecuente de migraña con aura que se caracteriza por **crisis migrañosas** asociadas a trastornos **motores, sensitivos, visuales y del lenguaje**, entre otros.
- Es más prevalente en **mujeres** y su inicio es frecuente en la **adolescencia**.
- Sus **criterios diagnósticos son clínicos**, necesitando pruebas complementarias para descartar otras causas.
- El diagnóstico de confirmación lo aporta el **estudio genético**.



DIAGNÓSTICOS EN LA LUDOTECA

El Uardani Mohammed, A; Marín López, LP; Gámez Belmonte, A; Orti Morente, E; García Del Moral, A; Trujillo Caballero, L

La humanización en Pediatría...

Es **fundamental** para garantizar un trato **cálido, empático y respetuoso** durante la atención médica de nuestros pacientes y sus familias.



CASO 1: CEFALEA FUNCIONAL



- Paciente varón que ingresa por **cefalea brusca** con sensación de **mareo e inestabilidad** con la bipedestación.
- Múltiples pruebas complementarias fueron realizadas para **descartar organicidad** y fue valorado por **diferentes especialistas** sin hallarse alteración.

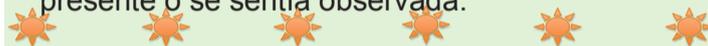


Durante su ingreso, mientras el paciente se encontraba en **ludoteca**, se comprobó que la clínica desaparecía pudiendo confirmar así que la sintomatología era funcional.

CASO 2: “DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR”



- Paciente mujer que presenta aparente **déficit motor y sensitivo en miembros inferiores**
- En el proceso de diagnóstico diferencial se realizan diferentes **pruebas clínicas y de imagen** descartándose organicidad.
- Exploración neurológica normal.
- La clínica se acentuaba cuando la madre estaba presente o se sentía observada.



En contexto de **jornadas lúdicas** organizadas por asociación de pacientes, la paciente recuperó la marcha de manera espontánea.

CONCLUSIONES:

- ✓ Una asistencia humanizada contempla al paciente de una manera íntegra, teniendo en cuenta **toda la esfera bio-psico-social del mismo**. El poder ofrecer este tipo de asistencia, junto con los **espacios** para ello, no solo ayudan al paciente y familia en su proceso de curación, sino que en ocasiones, como en nuestros dos casos, **ayuda al proceso diagnóstico**.
- ✓ La asistencia humanizada ha demostrado una **mayor supervivencia, mejor adherencia a los tratamientos, mejor uso de servicios sanitarios, menor número de eventos adversos** y **mayor compromiso** en la gestión de la propia salud.
- ✓ La importancia de tener espacios en el hospital que permitan a los pacientes estar cómodos es fundamental para que nuestro plan de humanización sea exitoso.
- ✓ Estos dos casos muestran la importancia de **abordar de forma integral al paciente**, teniendo en cuenta tanto el aspecto médico como sus necesidades en otras áreas y en esto podemos ayudarnos de los espacios y actividades que nos ofrece nuestro programa de humanización.



Osteopetrosis infantil maligna: a propósito de un caso

Alcaraz-Soler C¹, Martos A¹, Foz D¹, Pino RM¹, García R¹, Trabazo M², Estival P³, Casano P⁴

¹Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, ²Unidad TPH, Hospital Sant Joan de Déu, ³Hematología, Hospital Sant Joan de Déu, ⁴Endocrinología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Introducción

La osteopetrosis infantil maligna es una displasia ósea de herencia autosómica recesiva con afectación de la **remodelación** y **aumento de densidad ósea** por una **disfunción de los osteoclastos**.

Complicaciones asociadas

Aplasia medular

Hematopoyesis extramedular (visceromegalia)

Aumento de riesgo infeccioso

Alteraciones óseas y fosfocálcicas

Disfunción sistema nervioso / neuropatía

TPH único tratamiento curativo disponible

Contraindicado en pacientes con mutaciones con riesgo neurodegenerativo asociado (mutación en *OSTM1*, *CLCN7* y *ANKL*)

Caso clínico

Lactante de **2 meses** diagnosticada de **osteopetrosis infantil maligna** autosómica recesiva con mutación en *TCIRG1*

Clínica	Macrocefalia, ojos en sol poniente, disfunción neurológica, ceguera bilateral, frente prominente, fontanela amplia y hepatoesplenomegalia
Analítica	Bicitopenia (anemia y plaquetopenia) y leucocitosis. Hipocalcemia e hipofosfatemia
Aspirado médula ósea	Descarta infiltración neoplásica
Serie ósea esquelética	Anomalías óseas compatibles con displasia ósea de tipo osteopetrosis (<i>Figura 1</i>)

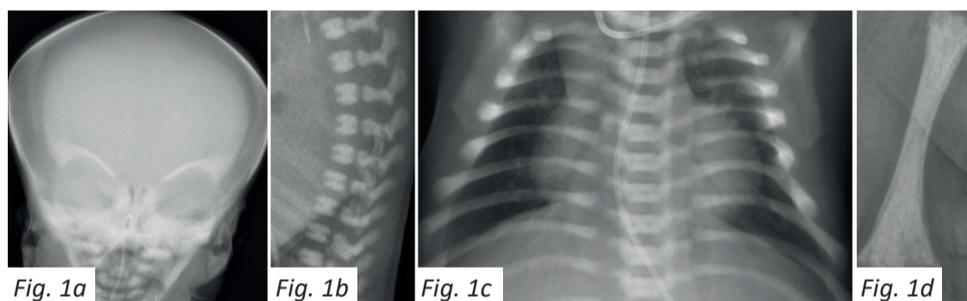


Figura 1a. Esclerosis orbitaria y de esfenoides (máscara de Arlequín). **Figura 1b.** Vértebras en sándwich. **Figura 1c.** Tórax en rosario. **Figura 1d.** Densidad ósea generalizada con imagen de "hueso dentro del hueso".

Portadora de mutación con **bajo riesgo neurodegenerativo: paciente candidata a recibir TPH**

Retos clínicos pre-TPH



Aplasia medular dependiente de transfusiones de plaquetas y hematíes



Dificultades para mantener la **calcemia** y control del **metabolismo fosfocálcico**



Primoinfección por **CMV** y **neumonitis** secundaria



Acompañamiento a la paciente-familia a nivel social y espiritual ante riesgo alto de morbimortalidad

Recibió **alo-TPH** con **células de cordón umbilical**. Exitus día+26 post-TPH por sepsis por *Pseudomonas aeruginosa*

Conclusión

Entidad poco frecuente de curso **potencialmente fatal** por las complicaciones secundarias a la disfunción en la osificación. El **TPH** es el único tratamiento curativo, estando supeditado al gen alterado y a la disponibilidad en cada centro, por lo que su accesibilidad es limitada. Asimismo, se trata de un procedimiento complejo asociado a una **elevada morbimortalidad**.



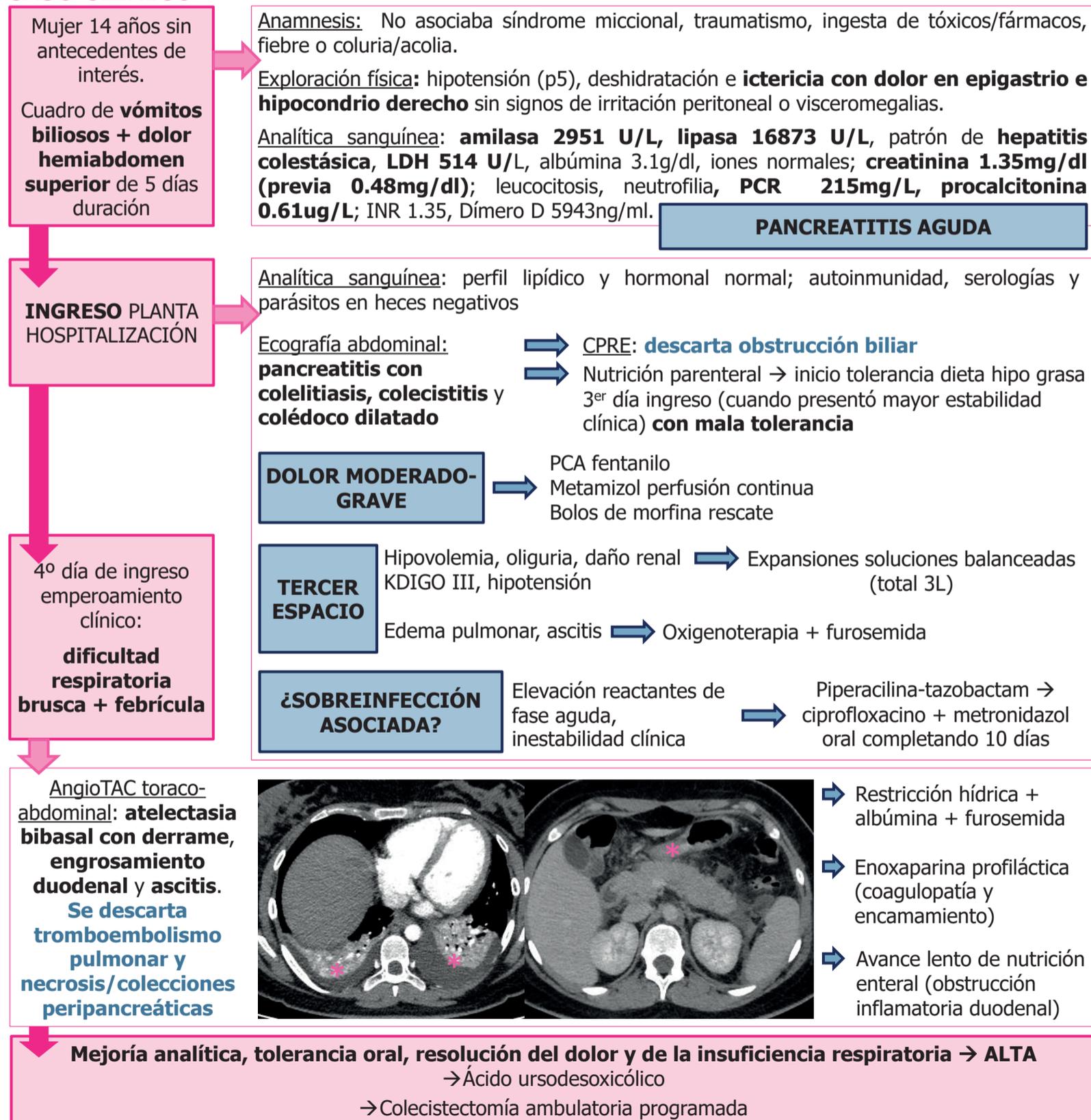
PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA: MANEJO INTEGRAL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Alicia Fernández González¹, Laura Hernández Sabater², Laura De La Sen De La Cruz¹, María del Mar Tolín Hernani³, María del Carmen Miranda Cid³, Ana Belén Martínez López⁴, Jimena Pérez Moreno¹
1. Sección Pediatria Interna Hospitalaria, HGU Gregorio Marañón. 2. Pediatria Interna Hospitalaria, HGU Doctor Balmis. 3. Sección Gastroenterología y Nutrición Infantil, HGU Gregorio Marañón. 4. Sección de Nefrología Pediátrica, HGU Gregorio Marañón.

INTRODUCCIÓN

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

CASO CLÍNICO





CASO CLÍNICO: INSTAURACIÓN DE DIETA CETOGÉNICA COMO TRATAMIENTO DE CRISIS EPILÉPTICAS REFRACTARIAS EN PEDIATRÍA

Autores: Paloma Vivancos Medina, Laura Galant Pérez, Teresa Bonanad Carrasco, María del Mar Moreno Sánchez, Ana Lorente Beltrán, Naila Palazón Nieto, Cristina Molina Ruiz, Alexis Martínez Cornet

INTRODUCCIÓN

La epilepsia se caracteriza por una actividad cerebral anormal producida por una hiperexcitabilidad y una actividad convulsiva que afecta negativamente a los neurotransmisores, los canales iónicos, el estrés oxidativo o el microbioma.

La epilepsia refractaria se define como el fracaso de los ensayos adecuados de 2 programas de medicamentos antiepilépticos tolerados, elegidos y utilizados adecuadamente para lograr una libertad de convulsiones mantenida.

La dieta cetogénica es usada como tratamiento de la epilepsia refractaria a terapia farmacológica y se asocia con el aumento de la biogénesis mitocondrial, la fosforilación oxidativa, un reciclaje más eficiente del glutamato y el aumento de los niveles de ácido gamma-aminobutírico (GABA), provocando así la reducción de la excitabilidad y el disparo neuronal y la estabilización de la función sináptica. Se trata de una dieta alta en grasas, baja en carbohidratos y proteínas moderadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente pediátrico, varón de 12 años, que ingresa de forma urgente tras valoración en consulta de patología crónica y complejidad por descompensación epiléptica. Peso 36,2 Kg.

Diagnósticos actuales: Encefalopatía crónica no progresiva atribuible a duplicación MECP2, tetraparesia flácida, síndrome hipotónico, epilepsia generalizada sintomática y retraso psicomotor. El paciente toma como **tratamiento crónico:** Vigabatrina (sobres) 500 mg: 3-0-3, ácido valproico 300 mg c/12h, lamotrigina (lamictal) 55-0-65 mg

En el tercer día de ingreso se valora el inicio de la dieta cetogénica clásica con ratio 3:1 (3 gramos de grasas por cada gramo de hidratos de carbono+proteínas) y 1300 Kcal, con una instauración progresiva en 3-4 días hasta instauración completa. Se utiliza Ketocal 3:1 preparada al 14%. A lo largo de los días de ingreso van disminuyendo las crisis en frecuencia e intensidad hasta alcanzar en el día 11 de ingreso (8 días tras la instauración de la dieta cetogénica) la desaparición completa de las crisis.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se encuentra en riesgo de presentar una alteración del patrón nutricional metabólico. Se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería NANDA/NIC/NOC:

- **Riesgo de nivel de glucemia inestable.** Definición: susceptible de variación de los niveles séricos de glucosa fuera de los niveles normales, que puede comprometer la salud.

NOC: Nivel de glucemia

Indicadores: Concentración sanguínea de glucosa

Al inicio del tratamiento: 3. Desviación moderada del rango normal

Días previos al alta: 5. Sin desviación del rango normal

NIC: Manejo de la hipoglucemia

-Vigilar la glucemia. Se monitorizó cada 8 horas la glucemia y la cetonemia del paciente con una muestra de sangre capilar, con el objetivo de alcanzar niveles de acetona séricos (3-hidroxiacetato) entre 2,4 y 5 mmol/L y niveles de glucemia superiores a 55-60 mg/dl. La glucemia media que presentó el paciente durante el ingreso fue de 65,2 mg/dl. No presentó ninguna hipoglucemia por debajo de 50 mg/dl que precisara tratamiento de urgencia. La cetonemia media que presentó el paciente durante el ingreso fue de 2,5 mg/dl.

-Identificar y monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, irritabilidad, taquicardia, escalofríos, palidez, náuseas).

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

-Enseñar y capacitar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.

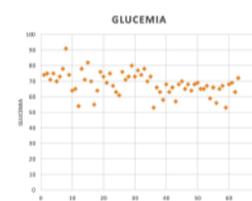
NIC: Muestra de sangre capilar

-Minimizar la ansiedad del paciente utilizando procedimientos adecuados a la edad y elegir el lugar de punción adecuado (p. ej., cara anterolateral del talón, lados de las falanges distales de los dedos de los pies o manos). En los lactantes, puncionar la cara lateral del talón a una profundidad no superior a los 2,4 mm.

-Utilizar técnicas de punción cutánea asépticas.

-Eliminar la primera gota de sangre con una gasa seca.

-Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba, presionando de manera intermitente en el punto más alejado posible del lugar de punción para favorecer el flujo de la sangre.



CONCLUSIONES

En conclusión, se ha demostrado que las diferentes terapias de dietas cetogénicas son eficaces contra la epilepsia refractaria infantil. Los efectos adversos son frecuentes pero leves y fácilmente tratables. Los pacientes que inician este tipo de alimentación deben seguir un seguimiento estrecho por parte de profesional sanitario especializado y cualificado (pediatras, digestivos, neurólogos, enfermería pediátrica...) con el fin de identificar y tratar los posibles efectos adversos. Es destacable también la necesidad de capacitación de la familia para que cuando abandonen el hospital estos se sientan capaces de llevar esta dieta de forma segura y controlada en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA





NEUMONÍA NECROTIZANTE: CUANDO LA COSA SE COMPLICA

Abreu Fernández, C.; Montero Valladares, C.; Croche Santander, F.B; Anchoriz Esquitino, M.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

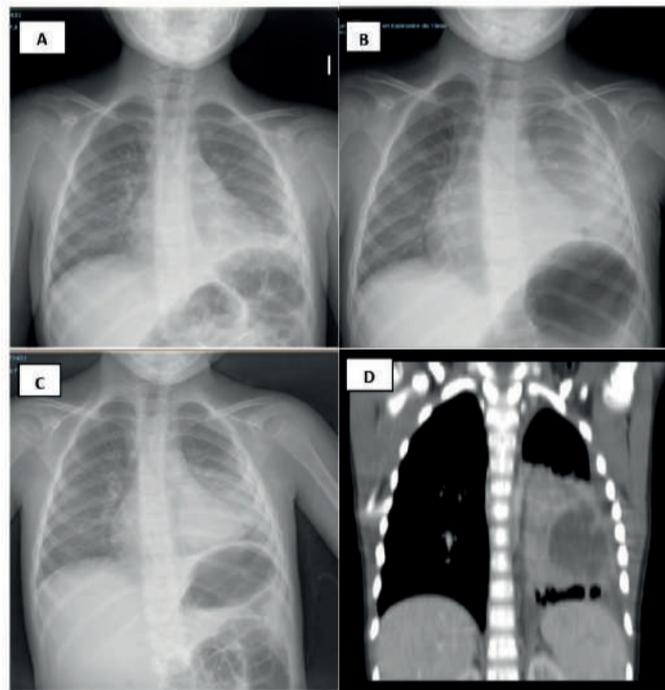
INTRODUCCIÓN

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

CASO CLÍNICO

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

- Cuadro inicial de **fiebre hasta 39°C, dolor abdominal y tos**. Exploración física con hipoventilación en base izquierda, polipnea y desaturación. Radiografía de tórax con **condensación incipiente en lóbulo inferior izquierdo** (figura A); en ecografía a pie de cama: condensación con **derrame pleural de máximo 1.5 cm**. Ingresa para antibioterapia iv con ampicilina, con muy buena evolución, siendo dada de **alta a las 48h** con amoxicilina oral.
- Reconsulta a las 24h por **dificultad respiratoria**. Empeoramiento analítico y ecográfico, con **aumento del derrame a 2.2 cm y aspecto trabeculado**. Antigenuria de neumococo negativa. Ingresa con cefotaxima iv y se realiza **toracocentesis con colocación de drenaje pleural** durante 4 días, con escaso débito. La Rx de tórax de control muestra derrame pleural organizado (figura B) bien tolerado por la paciente, por lo que es alta con amoxicilina oral durante 4 semanas.
- Nuevo ingreso dos semanas después por **reaparición de fiebre**. Ante evolución tórpida se realiza TC torácico donde se detecta **absceso intrapulmonar de 6 x 6.5 x 3.5 cm** (figuras C y D), el cual se **drena quirúrgicamente** y se conecta a aspiración durante 8 días (salida de abundante líquido purulento). Recibe antibioterapia con cefotaxima y clindamicina iv, que sustituimos por metronidazol tras aislamiento en cultivo del absceso de ***Streptococcus intermedius* y *Fusobacterium nucleatum***. Tras buena evolución, completa 4 semanas de antibioterapia iv domiciliaria sin nuevas incidencias.



Evolución radiológica de una neumonía necrotizante (NN). Figura A: condensación en lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural máximo 1.5 cm. Figura B: derrame pleural organizado máximo 2.2 cm. Figura C y D: absceso intrapulmonar de 6 x 6.5 x 3.5 cm.

CONCLUSIONES

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



Plan de Cuidados Estandarizado para Pacientes Pediátricos con Patología Crónica Compleja y Necesidades Paliativas

Autores:

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

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Introducción

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

Objetivo

Establecer un plan de cuidados estandarizado utilizando los diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC, para proporcionar una atención óptima y personalizada a los niños ingresados en la unidad de hospitalización pediátrica con patologías crónicas complejas y necesidades paliativas.

Método

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

Resultados

Se identificaron 36 diagnósticos NANDA, clasificados según 10 dominios, cubriendo todas las esferas del paciente. Estos diagnósticos incluyeron riesgos de infección, problemas nutricionales y gastrointestinales, dificultades respiratorias, problemas urinarios, falta de conocimientos en salud, dificultades en el desempeño de roles y afrontamiento familiar, problemas de integridad física, fluctuaciones en la temperatura corporal, manejo del dolor y preocupaciones emocionales. Las intervenciones NIC y los resultados NOC asociados permitieron una evaluación integral y multidisciplinaria de las necesidades del paciente.

DIAGNÓSTICOS NANDA CLASIFICADOS EN DOMINIOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

(00004) Riesgo de infección
(00292) Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud

NUTRICIÓN

(00103) Deterioro de la deglución
(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
(00271) Dinámica de alimentación ineficaz del lactante
(00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico
(00027) Déficit de volumen de líquidos

ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

(00016) Deterioro de la eliminación urinaria
(00018) Incontinencia urinaria refleja
(00023) Retención urinaria
(00013) Diarrea
(00011) Estreñimiento
(00030) Deterioro del intercambio de gases

ACTIVIDAD/ REPOSO

(00032) Patrón respiratorio ineficaz
(00029) Disminución del gasto cardíaco
(00033) Deterioro de la ventilación espontánea

PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN

(00126) Conocimientos deficientes
(00161) Disposición para mejorar los conocimientos
(00199) Planificación ineficaz de las actividades

ROL/ RELACIONES

(00061) Cansancio en el desempeño del rol cuidador
(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador

AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

(00074) Afrontamiento familiar comprometido
(00147) Ansiedad ante la muerte

SEGURIDAD/ PROTECCIÓN

(00004) Riesgo de infección
(00039) Riesgo de aspiración
(00046) Deterioro de la integridad cutánea
(00044) Deterioro de la integridad tisular
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas
(00007) Hipertermia
(00006) Hipotermia

CONFORT

(00132) Dolor agudo
(00133) Dolor crónico
(00134) Náuseas
(00214) Disconfort

CRECIMIENTO/ DESARROLLO

(00305) Riesgo de retraso en el desarrollo del niño
(00314) Retraso en el desarrollo del niño

Conclusión

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



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

Ares Benavent Puiggené¹. Raquel García Romero¹. Isabel Torrús López^{1,2}. Mariona Fernández de Sevilla Estrach^{1,3,4}. Juan José García García^{1,3,4}

Introducción

Se considera **fiebre de origen desconocido (FOD)** la presencia de fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$) durante >8 días cuya causa no ha podido ser determinada tras haber realizado una anamnesis, exploración física y exámenes complementarios iniciales. Las infecciones constituyen la primera causa de FOD, pero si persiste la fiebre en ausencia de foco hay que ampliar estudio a otras posibles etiologías.

Caso clínico

Paciente de 5 años con antecedente de trastorno del espectro autista (TEA) que consulta por fiebre de 11 días de evolución, sin otra sintomatología asociada.

EN URGENCIAS:

- TEP: **✓** Constantes: **✓** EF: **normal**

Tabla 1. Pruebas complementarias en urgencias

Analítica de sangre básica	Leucocitos 20.6mil/mm ³ y PCR 137mg/L
Analítica de orina	Negativa
Radiografía de tórax	Sin alteraciones

Ante posible infección bacteriana, se decide iniciar ceftriaxona endovenosa empírica e ingreso para completar estudio de FOD.

EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

Se confirma fiebre diaria durante el ingreso y se objetiva sudoración excesiva del paciente. Se realiza control diario de constantes en la que destaca hipertensión arteria (HTA) mantenida con cifras por encima del percentil 99 para edad y talla. Se llevan a cabo pruebas complementarias para el estudio de FOD, resumidas en las siguientes tablas:

Tabla 2. Despistaje infeccioso

Cultivos de sangre, orina, heces y frotis amigdalares	Negativos
PCR virales en sangre: CMV, VEB, adenovirus, enterovirus y parvovirus	Negativas
Prueba de la tuberculina	Negativa

Tabla 3. Otras pruebas complementarias

Ecocardiografía	Hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo
Fondo de ojo	No muestra alteraciones
Ecografía abdominal (Figuras 1 y 2)	Lesión para-aórtica izquierda en región suprarrenal
Nefrinas en plasma	Positivas
Angio TC abdominal (Figura 3)	Lesión ovalada con centro quístico o necrótico y sin realce periférico
PET-DOTA	Descarta extensión de enfermedad

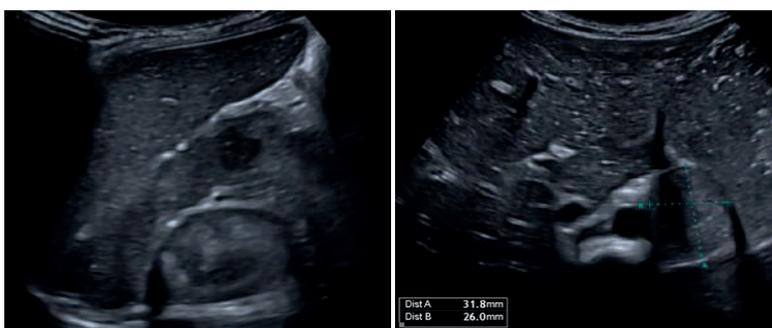


Figura 1 y 2: Ecografía abdominal

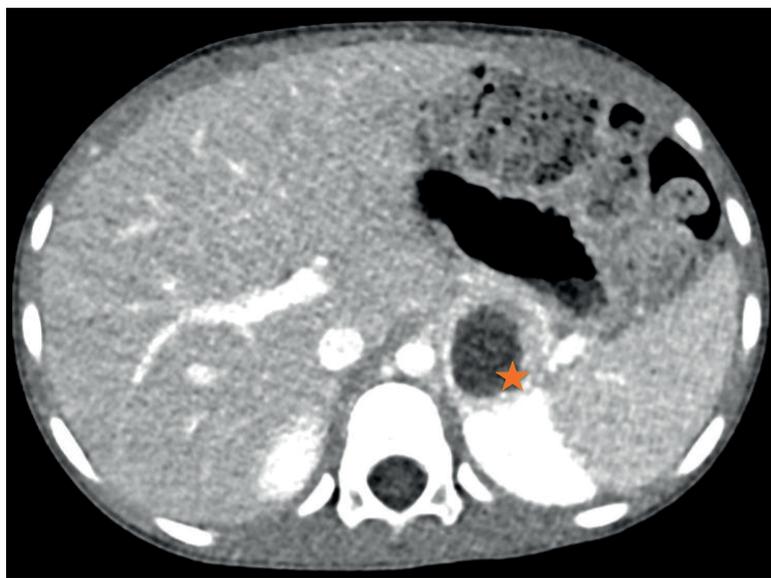


Figura 3: Angio TC abdominal.

Completa 5 días de tratamiento con ceftriaxona a la espera de cultivos definitivos, que son negativos.

Ante estos hallazgos (tablas 2-3), se sospecha un **feocromocitoma** como causa de la FOD.

En este contexto, se inicia tratamiento antihipertensivo con amlodipino y nifedipino, y posteriormente, se pauta doxazosina.

Tras conseguir buen control tensional, se realiza **suprarrenalectomía izquierda** sin incidencias. El análisis anatomopatológico confirma el diagnóstico (Figura 4). El paciente se mantiene posteriormente asintomático, afebril y con cifras tensionales correctas sin precisar medicación.

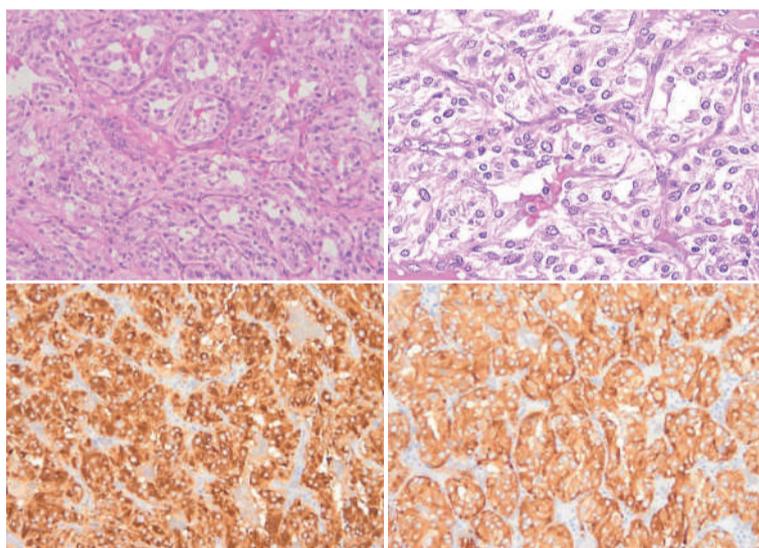


Figura 4: Tinción hematoxilina-eosina (arriba), inmunohistoquímica con cromogranina (abajo izquierda) y sinaptofisina (abajo derecha). Imágenes cedidas por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).

Discusión

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

Afiliações: ¹Departamento de pediatria. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). ²Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo, Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). ³Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona (Barcelona). ⁴Consortio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (Madrid).



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

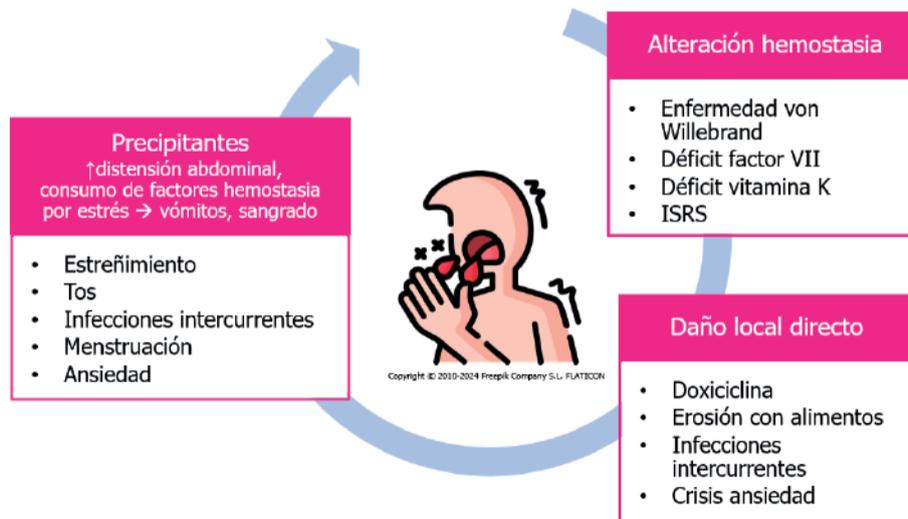
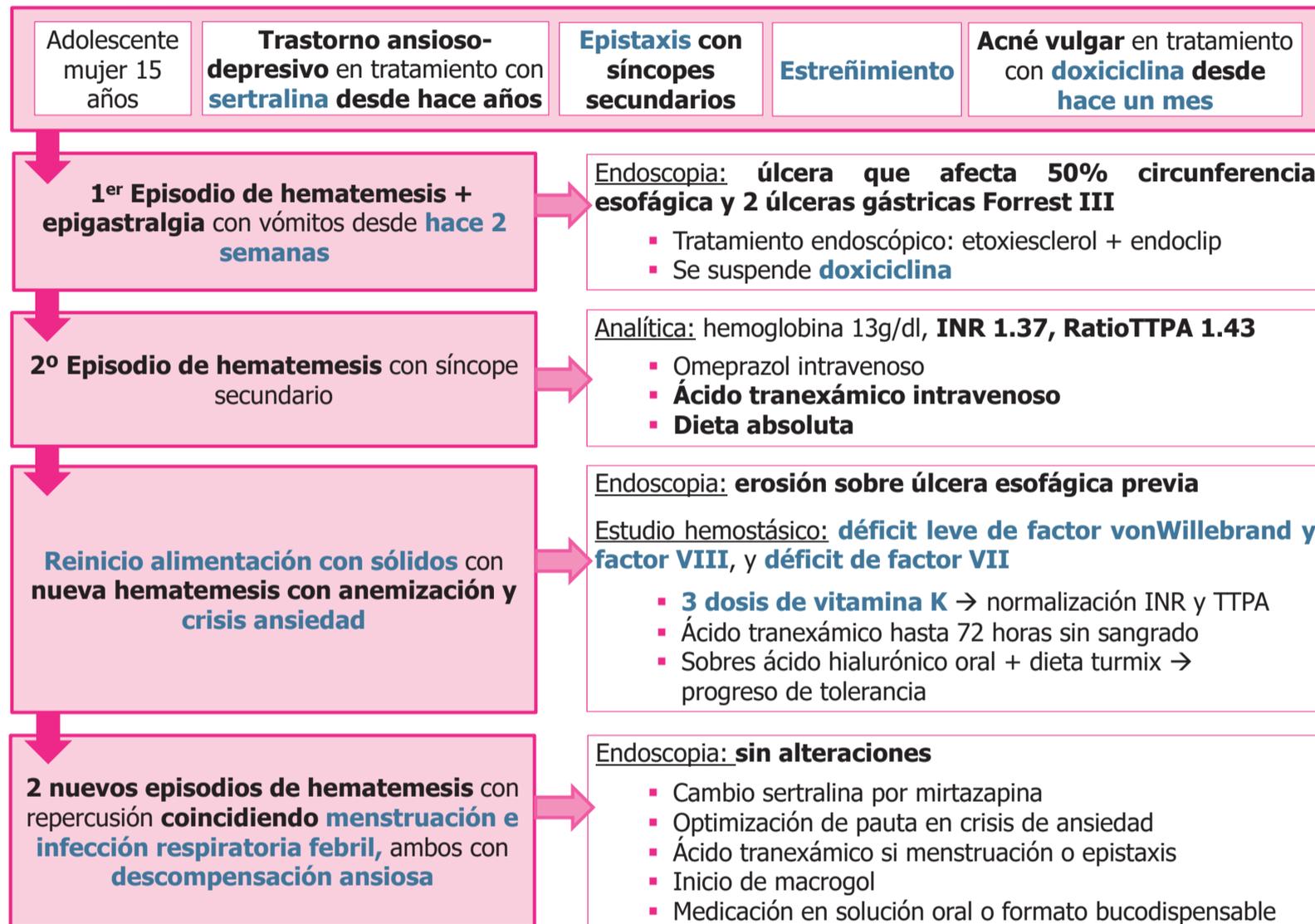
Alicia Fernández González¹, María del Carmen Miranda Cid², María del Mar Tolín Hernani², María Segura González³, Jimena Pérez Moreno¹

1. Sección Pediatría Interna Hospitalaria. 2. Sección Gastroenterología y Nutrición Infantil. 3. Sección de Hemato-Oncología Infantil. HGU Gregorio Maraón

INTRODUCCIÓN

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

CASO CLÍNICO



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

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



NEUTROPENIA ALOINMUNE NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La **neutropenia aloinmune neonatal (NAN)**, a pesar de ser una entidad poco frecuente, se debe incluir en el diagnóstico diferencial de la neutropenia en periodo neonatal.

CASO CLÍNICO



Neonato masculino
21 ddv

ANTECEDENTES

• **AP:** Recién nacido a término, de peso adecuado para EG. Sin factores de riesgo infecciosos ni otros antecedentes de interés.

• **AF:** consanguinidad (abuelos primos hermanos).

MOTIVO CONSULTA

Febrícula <24h + estancamiento ponderal de 15 días de evolución

EXPLORACIÓN FÍSICA

Lesiones **ulcerativas** orales, sin otros hallazgos destacables.

ANALÍTICA SANGUÍNEA

Hemoglobina normal.
Leucopenia (3200/mm³) con neutropenia (300/mm³);
linfocitos normales.
Plaquetas normales.
PCR 103.7 mg/L.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE...

NEUTROPENIA FEBRIL NEONATAL

+

ÚLCERAS ORALES

ETIOLOGÍA INFECCIOSA

Se descartan **CAUSAS BACTERIANAS**

• Hemocultivo, urocultivo, cultivo LCR y cultivo úlcera negativos.

Se descartan **CAUSAS VÍRICAS**

- **Úlcera:** PCR EBV, CMV, VVZ y VHS-1/2/6 y adenovirus negativo.
- **Sangre:** PCR CMV, EBV, adenovirus, VIH-1 y parvovirus B19 negativo.
- **Array respiratorio:** positivo para *M. pneumoniae* y *Rhinovirus*.
- **LCR:** PCR VHS-1/2 y enterovirus negativo.

¿NEUTROPENIA PARAINFECCIOSA?

ETIOLOGÍA INMUNOLÓGICA

- **Poblaciones y subpoblaciones linfoides:** linfopenia B (3%) y NK (3%), linfocitos T normales. Relación T4/T8 normal.
- **Inmunoglobulinas G, A y M** normales.
- **Screening ALPS:** negativo.
- Se cursa **ESTUDIO GENÉTICO** (*exoma clínico dirigido por HPOs de inmunodeficiencias primarias*).
- **Ecografía abdominal:** no se observan visceromegalias.

¿INMUMODEFICIENCIA?

ETIOLOGÍA HEMATOLÓGICA

NEUTROPENIA CENTRAL vs PERIFÉRICA

- Perfil vitamínico (B₉, B₁₂...) normal.
- **FROTIS SANGRE PERIFÉRICA:** anisopoiquilocitosis.
- **ASPIRADO MÉDULA ÓSEA:** serie granulocítica aumentada sin *stop* madurativo ni displasias.
- Se cursa **ESTUDIO NEUTROPENIA ALOINMUNE.**

¿NEUTROPENIA PERIFÉRICA?

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Persistencia de **neutropenia** grave (nadir 0/mm³) (ver Fig. 1)

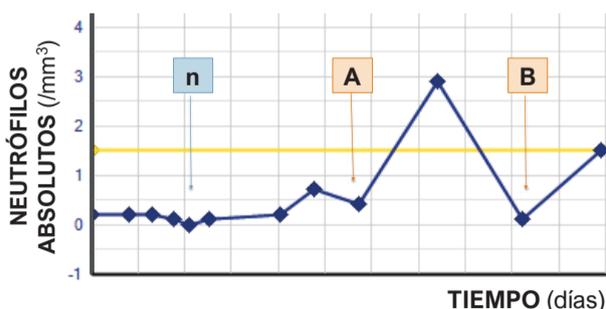


Fig.1: evolución valores neutrófilos en analíticas sanguíneas de control. n: valor nadir; A: 1º dosis G-CSF; B: 2º dosis G-CSF

RESULTADOS ESTUDIO NEUTROPENIA ALOINMUNE

Detección (Coombs directo positivo) de **anticuerpos tipo IgG anti-HNA-1c** (glicoproteína de membrana de neutrófilos).

Genotipo materno sin expresión de glicoproteínas HNA.

DIAGNÓSTICO

NEUTROPENIA ALOINMUNE NEONATAL

Inicio tratamiento **factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF)** a 5 mg/kg/dosis (2 dosis), con mejoría notable de neutropenia (máx. 2900/mm³).

AL ALTA...

Control en consultas externas. Persisten valores normales de neutrófilos, sin episodios infecciosos graves hasta el momento.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- **Entidad poco frecuente** debida a la presencia de **anticuerpos maternos (frente a antígenos de los neutrófilos neonatales)** que se transfieren pasivamente al feto, destruyendo así sus neutrófilos y provocando neutropenia, con el subsiguiente riesgo de infección.
- Tratamiento mediante **G-CSF** cuando hay infecciones graves y/o recurrentes.
- **Buen pronóstico** (resolución de la neutropenia durante los primeros meses de vida).



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

María Fernández Miaja, Pablo Martino Redondo, Carmen Ornia Fernández, M^a Agustina Alonso Álvarez, Laura Calle Miguel, Corsino Rey Galán. Hospital Universitario Central de Asturias.

OBJETIVO



Describir la **incidencia de hipopotasemia** con el uso de sueros balanceados como fluidoterapia de mantenimiento.
Analizar la **indicación, volumen, alteraciones iónicas** y de la **función renal**.

MATERIALES Y MÉTODOS



Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Octubre 2023 - abril 2024
Niños (1 mes - 13 años) ingresados con fluidoterapia de mantenimiento usando **sueros balanceados sin suplementos de potasio**.
Cálculo de volumen de sueroterapia mediante fórmula de Holliday-Segar.
Variables clínicas y analíticas al: ingreso, 24 y 48 horas.

RESULTADOS



Pacientes
104
56,7%

Edad media
4,1 años
DE 3,9

Indicación Fluidoterapia



97%
Disminución ingestas

2%
Dieta absoluta
1%
Ayuno preprueba



Cálculo de volumen: Holliday - Segar

11 pacientes con IMC > 91

Exceso de volumen respecto a cálculo por superficie corporal: **26%**
Sin repercusión clínica

Volumen al ingreso



92%
Necesidades basales

8%
Restringido al 75%



ALTERACIONES IÓNICAS

	Ingreso	24 horas	48 horas	Repercusión clínica
K* < 3,5 mmol/litro	5,1%	7,1%	6,5%	No
K > 5,5 mmol/litro	5,1%	8,5%	2,2%	No
Na < 135 mmol/litro	26 %	6,7 %	0	No
Na > 145 mmol/litro	0	1,3 %	0	No

*Valor mínimo de K encontrado: 2,8 mmol/litro

Función renal

No se observaron alteraciones de la función renal

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS



- La incidencia de **hipopotasemia** con sueros balanceados es **baja** y **sin repercusión clínica**, por lo que no es necesario añadir suplementos de potasio.
- Conviene adecuar los cálculos a la **superficie corporal** en pacientes obesos para evitar el exceso de volumen.
- El uso de **sueros balanceados** permitió la corrección de la mayoría de las alteraciones iónicas detectadas.
- Los sueros balanceados son una **opción segura** como fluidoterapia de mantenimiento, tanto a nivel de equilibrio iónico como de función renal.



PACIENTE CON DOS EPISODIOS DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADOS A PSEUDOHIPOALDOSTERONISMO TIPO 1 SECUNDARIO

Autores:

Bonastre Blanco E, Navarro Carreño A, Pelegrin Cruz WG, Torra Guarch E, Sánchez De Valdes AM.
Servicio de pediatría. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.

INTRODUCCIÓN

La infección urinaria es una patología muy frecuente en pediatría, aunque su relación con una disminución transitoria de la respuesta tubular renal a la aldosterona no es del todo conocida por parte de algunos pediatras.

A diferencia del pseudohipoaldosteronismo (PHA) tipo 1 primario, que es de origen genético, el secundario se debe a una infección del parénquima renal, con o sin malformación urológica. Se puede manifestar por alteraciones electrolíticas que pueden hacer pensar en una HSC. Es importante reconocer la enfermedad para un manejo adecuado, así como para evitar exploraciones complementarias innecesarias.

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 días de vida.

Diagnóstico prenatal de **dilatación piélica renal** (izquierda de 7.6mm y derecha de 10mm).

Clínica de estancamiento ponderal junto con hiporexia e irritabilidad de dos días de evolución.

En urgencias: TEP **estable**. Constantes: 4520g (+200g desde el nacimiento), Tª 36.5°C, TA 89/46 mmHg (TAM 56), SatHb 100% (FiO2 0,21).

Exploración física: estado general conservado, buena coloración, ojeroso, turgencia cutánea disminuida. No focalidad neurológica. Resto normal.

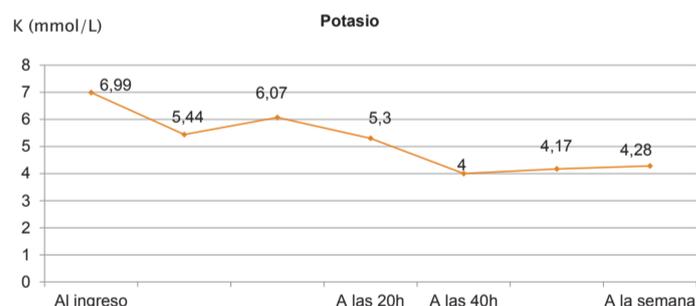
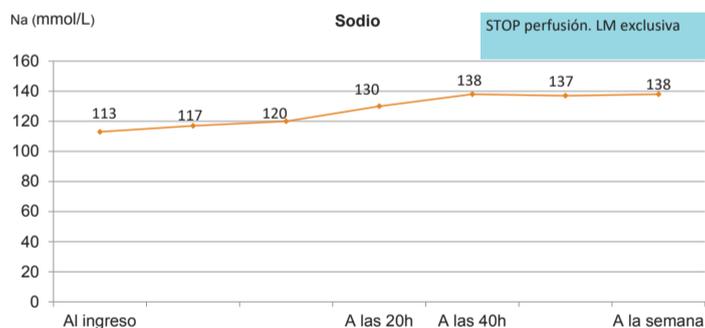
Exploraciones complementarias:

- **Citometría** de orina patológica.
- **Analítica** de sangre:
 - ✓ **Na 113** mmol/L, **K 6.99** mmol/L.
 - ✓ Acidosis metabólica leve.
 - ✓ **Glicemia 81 mg/dl**.
 - ✓ No elevación de RFA.
 - ✓ **Aldosterona >500** ng/dl (6.48-176.40). Renina (muestra insuficiente). Perfil hormonal ampliado para descartar HSC normal.
- **Urocultivo: *Klebsiella pneumoniae***.
- **Hemocultivo:** negativo.
- **Ecografía renal:** Riñones normales. Pelvis RD 7 mm y pelvis RI 5.5 mm.
- **CUMS:** normal.
- Se descarta mutación en el gen receptor de mineralocorticoides NR3C2 (PHA tipo 1).

Diagnóstico: pseudohipoaldosteronismo tipo 1 secundario a infección urinaria.

Tratamiento y evolución:

- ✓ Sueroterapia y antibioticoterapia parenteral.
- ✓ Estable durante el ingreso.
- ✓ Normalización electrolítica las primeras 48 horas, permaneciendo con lactancia materna exclusiva.



Evolución en consultas externas:

A los 4 meses presenta una **segunda infección urinaria por *E.Coli* con PHA** (Na 127 mmol/L, K 5.97 mmol, aldosterona >500 ng/dl, renina >500 µUI/ml).

Ecografía renal: empeoramiento de la dilatación piélica, especialmente del RD.

Renograma: **megauréter bilateral**, con dilatación pielocalicial derecha con drenaje urinario enlentecido **no obstructivo**.

A los 7 meses permanece asintomático con Na 141mmol/L, K 4,52 mmol/L, aldosterona 35 ng/dl y renina 36,7 µUI/ml. Pendiente de visita en urología.

COMENTARIOS

- ✓ El PHA secundario es más frecuente por debajo de los 3 meses y en pacientes con ITU y malformación urinaria.
- ✓ El diagnóstico se basa en las alteraciones electrolíticas y la elevación de renina y aldosterona.
- ✓ Habitualmente no requiere estudio genético (especialmente si desciende el nivel de aldosterona una vez curada la ITU/malformación). En nuestro caso se podría haber obviado.
- ✓ La asociación entre pielonefritis aguda e hipoaldosteronismo puede condicionar una alteración electrolítica grave.
- ✓ El manejo se basa en la sueroterapia, tratamiento de la infección /malformación y a veces bicarbonato o resinas de intercambio.



Traslados realizados desde un hospital de complejidad intermedia a la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de referencia. Proyecto conjunto de optimización

Anna Canet Tarres¹, Gema Manrique Martín², Ana Muñoz Lozón¹, Cristina Muñoz López¹, Estefanía Barral Mena¹,
Miriam Herrera Arias¹, Sara Suarez Cabezas¹, Begoña Pérez-Moneo Agapito¹

1. Hospital Universitario Infanta Leonor / 2. Hospital Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Ausencia de transporte pediátrico específico en Comunidad de Madrid

Ausencia de UCIP en hospitales de segundo nivel



Importancia de:

Adecuada estabilización inicial
Colaboración entre unidades

OBJETIVOS

Se estableció un grupo de trabajo con nuestra UCIP de referencia para

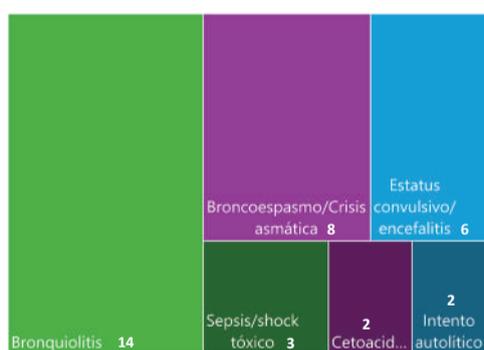
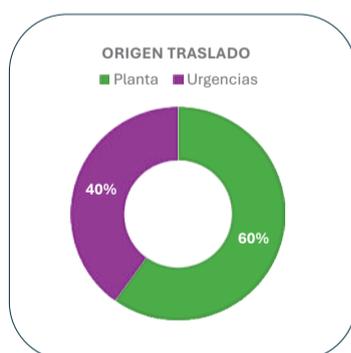
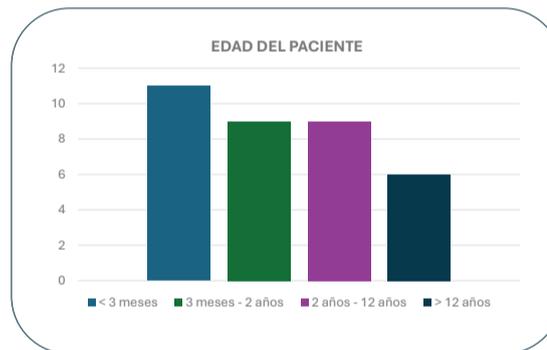
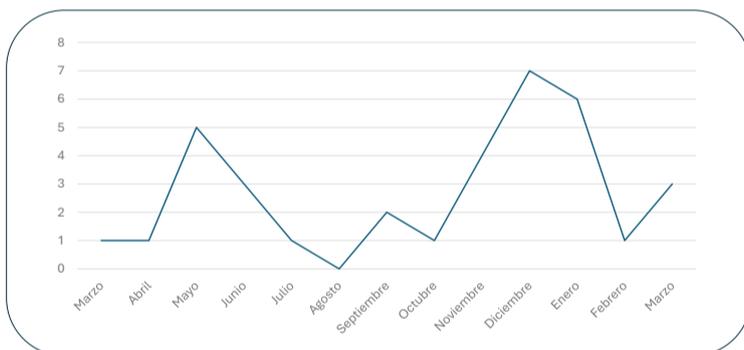
- Evaluar la situación clínica del paciente antes y después del traslado
- Identificar puntos de mejora

MÉTODOS

- Estudio observacional descriptivo retrospectivo.
- Revisión de informes y realización de reuniones trimestrales por videoconferencia entre el personal responsable del hospital de segundo nivel y de la UCIP de referencia.

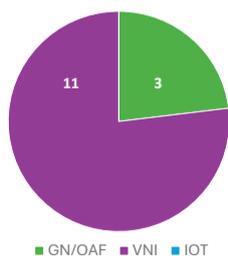
RESULTADOS

35 traslados entre marzo 2023 y marzo 2024

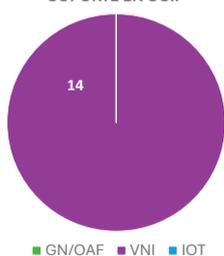


Bronquiolitis

SOPORTE DURANTE EL TRASLADO



SOPORTE EN UCIP

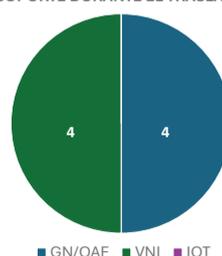


■ GN/OAF ■ VNI ■ IOT

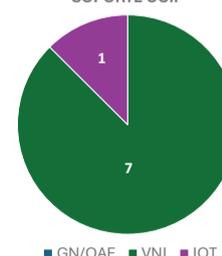
■ GN/OAF ■ VNI ■ IOT

Broncoespasmo

SOPORTE DURANTE EL TRASLADO



SOPORTE UCIP



■ GN/OAF ■ VNI ■ IOT

■ GN/OAF ■ VNI ■ IOT

CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes trasladados presentaba patología respiratoria, precisando la mayor parte de ellos ventilación mecánica no invasiva tanto durante el traslado como durante la estancia en UCIP
- Tras la revisión de los casos se realizaron talleres conjuntos de VNI con personal de UCIP para optimizar su uso
- La colaboración entre diferentes niveles asistenciales repercute positivamente tanto en el paciente como en el personal sanitario



HEMATOMAS SUBDURALES: ¿TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS POR ABUSO O ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO I?

González Rodríguez RM, Lara García M, Risquete García R, Campo Barasoain A.
Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla). Servicio de Hospitalización.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

¿QUÉ DEBEMOS PLANTEARNOS ANTE UN LACTANTE CON HEMATOMA SUBDURAL?

OJO
¡¡NO TODAS LAS LESIONES QUE PARECEN PROVOCADAS LO SON!!



Anamnesis (riesgo social), exploración y PPCC orientadas

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE HEMORRAGIA INTRACRANEAL

- Déficit de vitamina K
- Aciduria glutárica
- Diátesis hemorrágica
- Traumatismo en canal del parto en función de la edad

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO: VARÓN DE 9 MESES DE EDAD.



ANTECEDENTES PERSONALES

- ❖ RN a término.
- ❖ Gestación: FIV por ovodonación. Oligoamnios. CIR tipo 1.
- ❖ Hijo de padres añosos.
- ❖ Seguimiento en Neuropediatría por **MACROCEFALIA**.
- ❖ **DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL.**

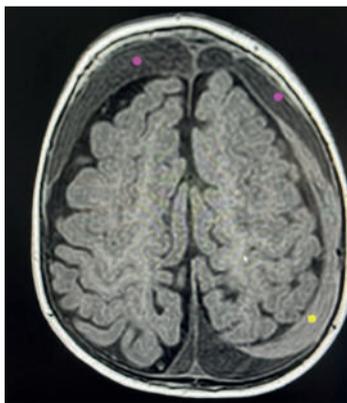
05/05	Nacimiento	Peso: 2.51 kg (p3, -1.91 DE). Talla: 47.5 cm (p8, -1.44 DE). PC: 34.5 cm (p42, -0.22 DE)
05/07	2 meses	Peso: 4.61 kg (p20, -0.86 DE). Talla: 56.5 cm (p39, -0.29 DE). PC 40 cm (p85, 1.06 DE).
03/10	4 meses y 29 días	Peso: 6.97 kg (p30, -0.55 DE). Talla: 65.5 cm (p49, -0.03 DE). PC: 48 cm (p>99, 4.11 DE).
09/10	5 meses y 4 días	Peso: 7.085 kg (p29, -0.55DE). Talla: 65.5 cm (p47, -0.08DE). PC: 48.3 cm (>p99, 4.64DE).

ECOGRAFÍA TRANS-FONTANELAR

→ **HIDROCEFALIA EXTERNA IDIOPÁTICA**



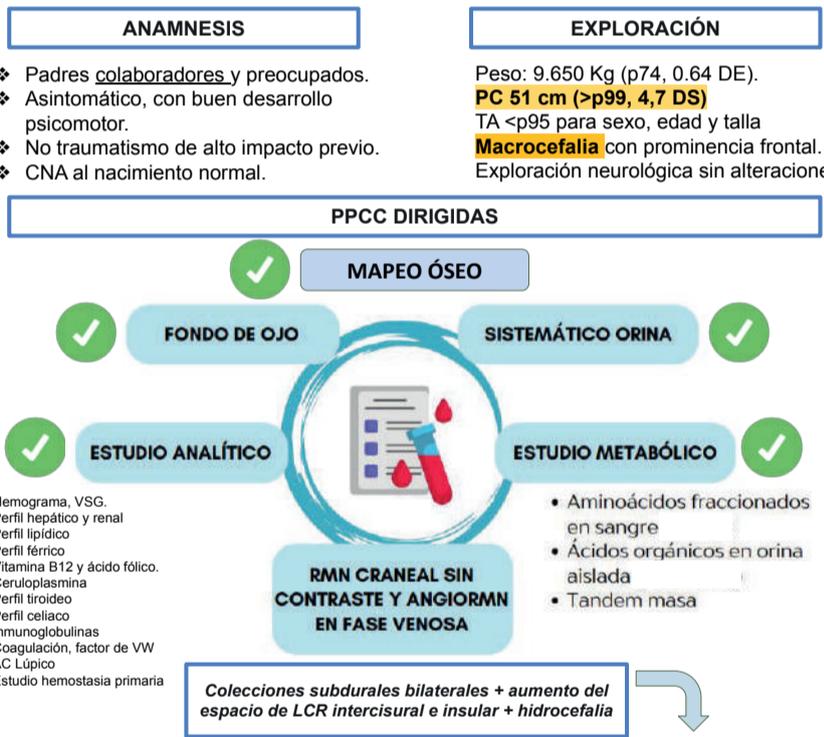
TAC CRANEAL:
Hematomas subdurales subagudos / crónicos.



PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:



Lactante de 9 meses que ingresa para estudio de **HEMATOMAS SUBDURALES BIHEMISFÉRICOS SUBAGUDOS / CRÓNICOS.**



HEMATOMAS SUBDURALES + MACROCEFALIA + RMN compatible:
Alta sospecha clínica de AG 1
Estudio metabólico normal: ¿fenotipo bajo excretor?

- Se solicita **ESTUDIO GENÉTICO:**
En curso.
- Iniciamos tratamiento para prevenir **CRISIS ENCEFALOPÁTICAS:**
Carnitina 100mg/kg/día + dieta baja en lisina

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- Aunque el **maltrato** debe ser siempre descartado ante lactantes con **hematomas subdurales**, debemos tener presente que la **asociación con macrocefalia obliga a descartar ACIDURIA GLUTÁRICA tipo 1.**
- Es una enfermedad metabólica AR por déficit de la enzima glutaril Coenzima A deshidrogenasa y acúmulo de productos neurotóxicos que se manifiesta con **hematomas subdurales** hasta en el 20-30% pacientes sin traumatismo previo e **imágenes RMN características.**
- El diagnóstico no se descarta ante la normalidad de ácidos orgánicos en orina, dada la existencia de **fenotipos bajo excretores.** El diagnóstico se confirma con **estudio genético** (gen GCDH) y medición de actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos.
- El **diagnóstico precoz y tratamiento permite reducir crisis encefalopáticas y deterioro neurológico.**



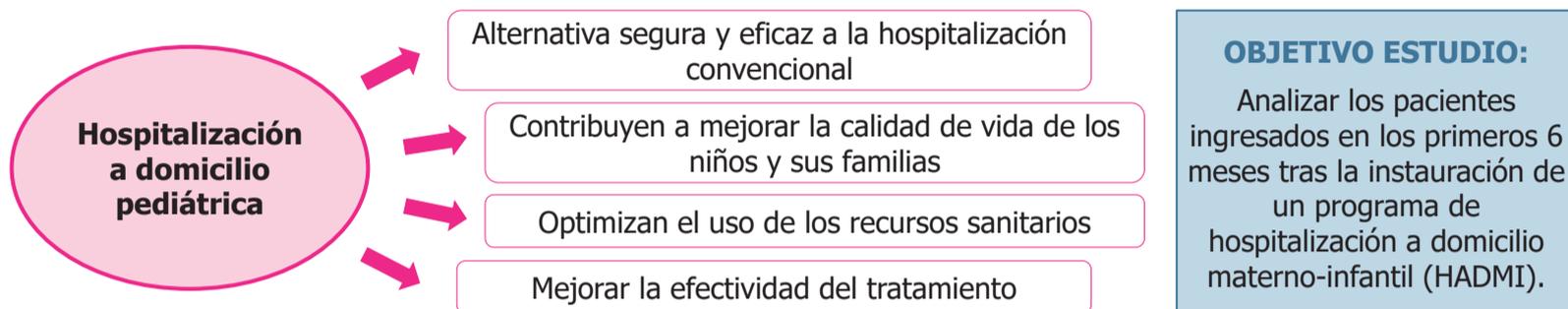


NUEVA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: LOS PRIMEROS 100

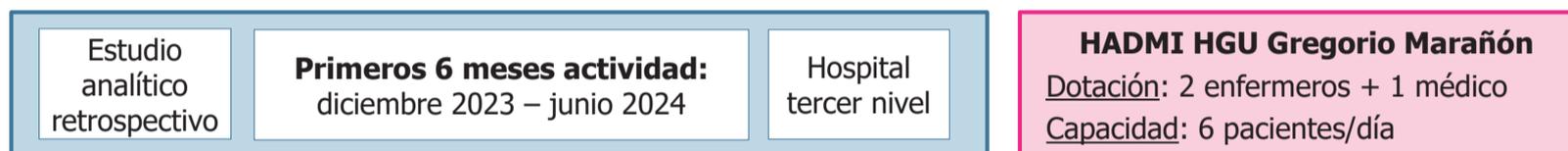
Ana María Angulo Chacón¹, Jimena Pérez Moreno², Alicia Fernández González², Teresa Eizaguirre Palacios¹, Nuria Pedruelo Reyes¹, Blanca Toledo del Castillo², María Isabel González Sánchez², Rosa Rodríguez Fernández²

1. Sección Hospitalización a Domicilio. 2. Sección Pediatría Interna Hospitalaria. HGU Gregorio Marañón

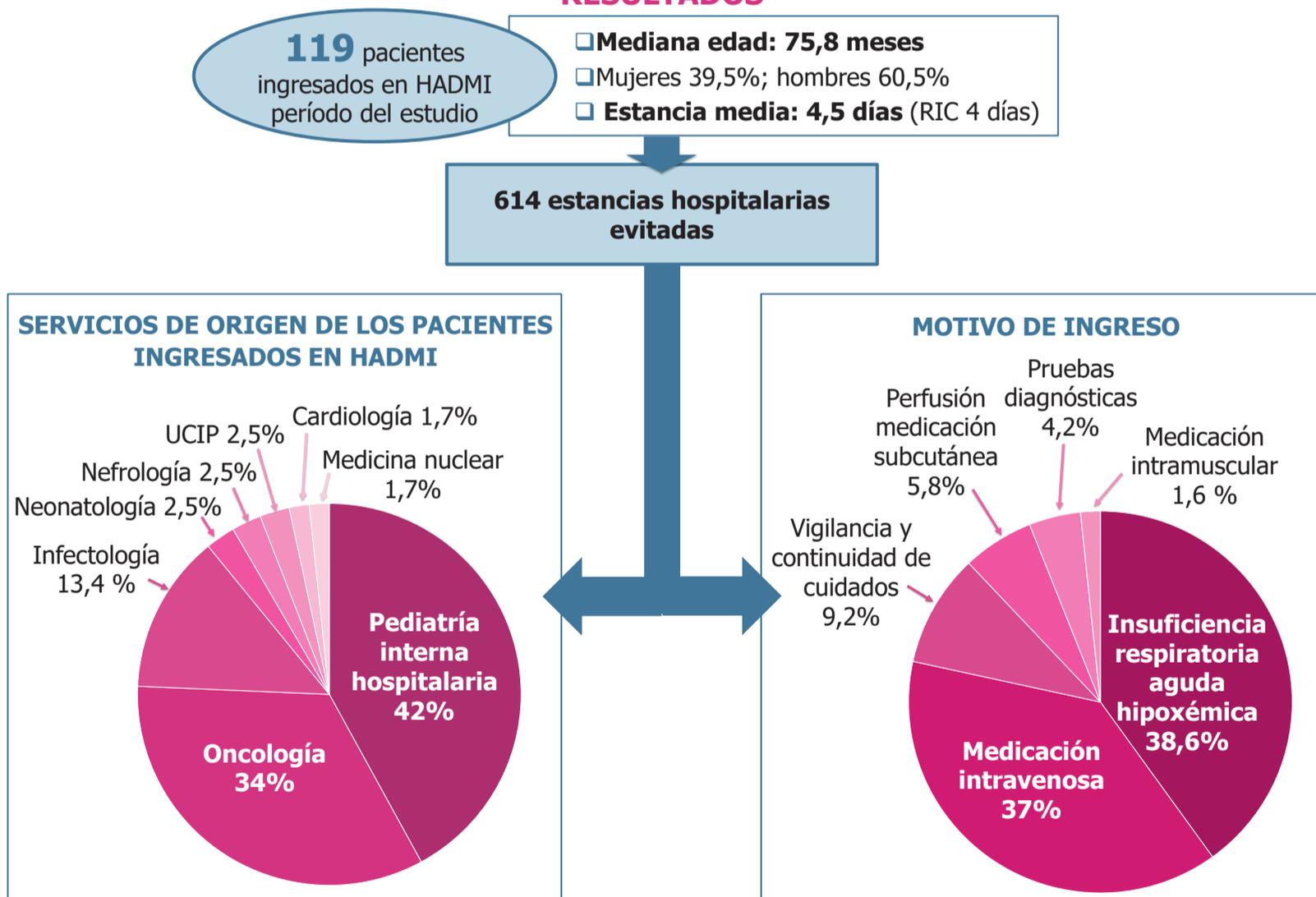
INTRODUCCIÓN



MÉTODOS



RESULTADOS



1 paciente requirió reingreso de HADMI a planta de Hospitalización por persistencia de necesidades de oxígeno → diagnóstico final: debut **enfermedad pulmonar crónica**

Ningún paciente requirió reingreso en los siguientes 30 días **al alta de HADMI**

Complicaciones N=2

- 1 flebitis
- 1 Extravasación

CONCLUSIONES:

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



Leishmaniasis visceral: cuando la evolución es tórpida.

Caso clínico

Anamnesis

- Lactante de 17 meses
- **Consulta por rechazo de la marcha, decaimiento y disminución de la actividad habitual.**
- Asocia clínica catarral y diarrea.
- No procesos febriles. No otra clínica asociada.
- Sin AP o AF de interés.

Exploración física

- Aceptable estado general. **Palidez cutánea, y de mucosas. Ojerosa, mucosas secas.**
- **Abdomen marcadamente distendido, blando y depresible con hepatoesplenomegalia. Red vascular superficial marcada.**
- ACR, ORL y piel normal. Exploración pGALS sin alteraciones.

Pruebas complementarias

Analítica sanguínea:

- **Hb 6.2g/dL, Leucocitos 2320/mm³ (PMN 680/mm³, Linfocitos 1380/mm³), plaquetas 43000/mm³.**
- Frotis revisado al microscopio: Serie roja: se observan **hematíes hipocromos y marcada anisocitosis y poiquilocitosis (ovalocitos, dacriocitos y algún esquistocito)**. Serie plaquetar: trombopenia comprobada, no se observan agregados plaquetarios.
- Serie blanca: se observa algún linfocitos de aspecto activado. **No se observan blastos.**
- **Albúmina 1.9 g/dl**, BT 0.94 mg/dl (BD 0.55 mg/dl), GOT/GPT 97/34, alfa-amilasa 14 U/L, LDH 459 U/L. **PCR 90.9 mg/L, PCT 0.7ng/mL**
- **Coagulación: TP 18s, INR 1.6, TTPA 35.2s** fibrinógeno 180.

Rx tórax normal.

Eco abdominal: **esplenomegalia 13.8cm y hepatomegalia 10cm** sin adenopatías ni hallazgos sugerentes de malignidad.

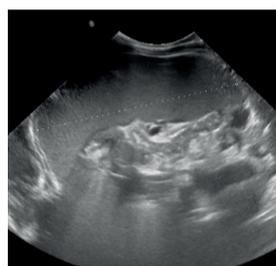
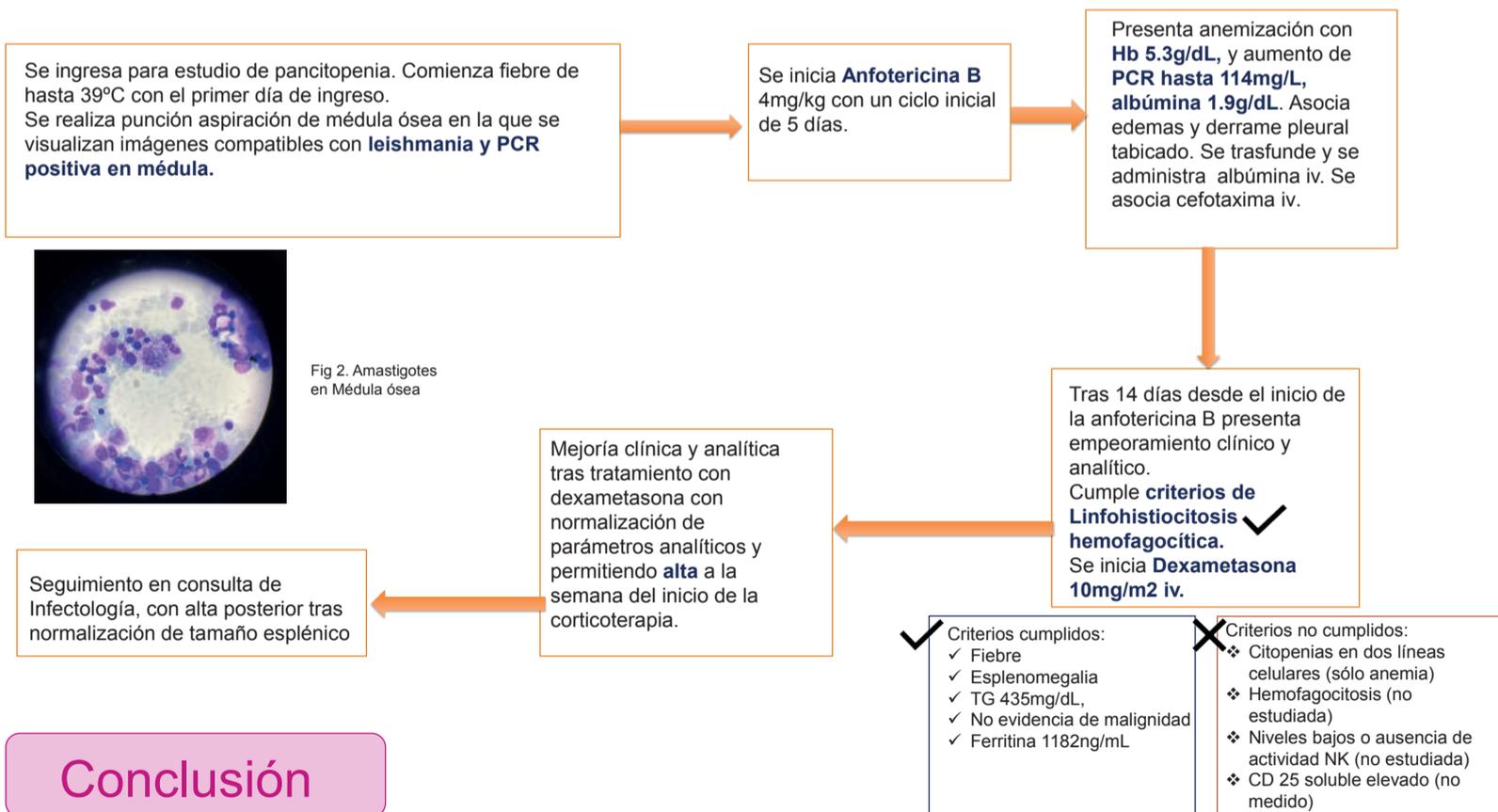


Fig 1. Esplenomegalia al ingreso.

Evolución durante el ingreso



Conclusión

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria con incidencia en aumento en nuestro medio. Si bien tiene un tratamiento etiológico claro con anfotericina B, incluso en los casos de linfohistiocitosis secundaria y con respuesta generalmente favorable. En este caso, el deterioro clínico y analítico a pesar de tratamiento etiológico requiere asociar corticoterapia para su resolución.



Neonato con apneas obstructivas de origen multifactorial: virus respiratorios, atresia de coana derecha, reflujo gastroesofágico... ¿Quién es el culpable?

Martínez-Llonch P¹, Alcaraz-Soler C¹, Codina J¹, Gascón I², Langdon C³, Muchart J⁴, Pino RM¹

¹Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, ²Neumología, Hospital Sant Joan de Déu, ³Otorrinolaringología, Hospital Sant Joan de Déu, ⁴Radiología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Caso clínico

Neonato de **3 días de vida**. Episodios de **palidez** y **respiración no efectiva** de 1-2 minutos de duración

Anamnesis	Realiza ruidos tipo ronquido desde el nacimiento, atribuidos a una estenosis de coana derecha. Lactancia materna sin incidencias.
Exploración física	Mucosidad nasal y cornaje intermitente con el llanto o ingesta. Tiraje intercostal marcado.

Orientación inicial: apnea obstructiva en contexto de posible IRVA en neonato con estenosis de coana derecha
Ingresa con soporte respiratorio mediante gafas nasales de alto flujo

Evolución en planta de hospitalización:

Exploraciones complementarias

Frotis nasofaríngeo	Virus respiratorios negativos
Radiografía de tórax	Sin alteraciones
Ecocardiograma	Sin hallazgos
pH-impedanciometría	Compatible con ERGE
Polisomnografía	SAHS moderado (IAH 5,3)
TC de senos paranasales	Coana derecha con fino tabique óseo y retención mucosa (ver figura 1)

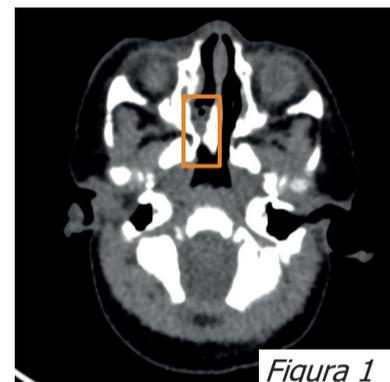
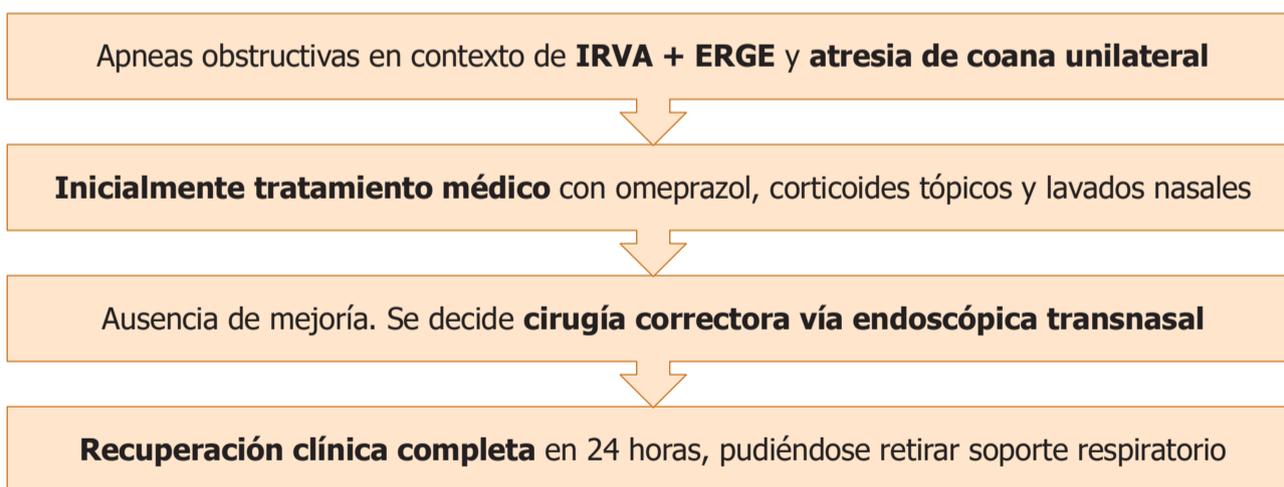


Figura 1



Conclusiones

La **obstrucción de fosa nasal neonatal** puede ser **potencialmente fatal** dada su respiración nasal obligada

La **atresia unilateral** puede pasar inadvertida si existe patología médica concomitante (IRVA, ERGE, etc.)

El **diagnóstico** se confirma mediante **endoscopia** y **tomografía computarizada**

El **tratamiento definitivo** es **quirúrgico**, resolviendo el cuadro obstructivo y la sintomatología asociada



Enteropatía autoinmune como causa de diarrea en el lactante

Autores: Gisela Dagà Gimenez, Patricia Diego Vall, Maria Hernandez Garcia, Rosa Maria Pino Ramirez, Angela Deya Martinez, Johanna Marcela Martinez Osorio, Mariona Fernandez de Sevilla Estrach

Introducción: La diarrea en lactantes es un síntoma común. Aunque la causa más frecuente es la patología infecciosa y alérgica, está aumentando el número de casos diagnosticados de **enteropatías congénitas o autoinmunes**.

Caso clínico

1 Urgencias

Lactante de **2 meses** con sospecha de APLV que consulta por diarreas (10-12 episodios diarios) y vómitos con intolerancia vía oral. Con sospecha inicial de gastroenteritis aguda (GEA), se decide ingreso hospitalario para sueroterapia y estudio.

2 Planta de Hospitalización

Presenta empeoramiento progresivo con aumento de diarreas, alteraciones hidroelectrolíticas y estancamiento ponderal a pesar de aumentar aportes enterales. Se realizan **pruebas complementarias:**

- **Ecografía abdominal:** hallazgos de enterocolitis
- **Array gastrointestinal:** PCR positiva para Citomegalovirus (CMV)



3 Ante gravedad clínica, recibe tratamiento con ganciclovir. Presenta mejoría inicial con nuevo deterioro al reiniciar nutrición con fórmula elemental, precisando nutrición parenteral. Se decide realizar endoscopia con **estudio anatomopatológico (AP)**.

Hallazgos AP: atrofia de vellosidades con hiperplasia de criptas, apoptosis e infiltrado de células T compatible con **enteropatía autoinmune**

4 Se inicia tratamiento con **corticoterapia y azatioprina** con buena evolución clínica, permitiendo retirada de nutrición parenteral y reinicio de la nutrición enteral con buena tolerancia. Se realiza estudio inmunológico que es normal.

Conclusión: La enteropatía autoinmune es una causa infrecuente pero grave de diarrea en el lactante. Su etiopatogenia es poco conocida y su tratamiento fundamental es el soporte nutricional, manejo de las diselectrolitemias y tratamiento inmunosupresor.



PROCEDIMIENTOS EN CUIDADOS INTERMEDIOS: una nueva forma de asistencia en un hospital de segundo nivel.

Téllez González C, Esquiva Soto S, Moreno Herrera A, Saura Pérez I, Doval Calvo D, Guzmán Quirós S, García Lorca L, Cánovas García M. Hospital universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

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

MÉTODOS

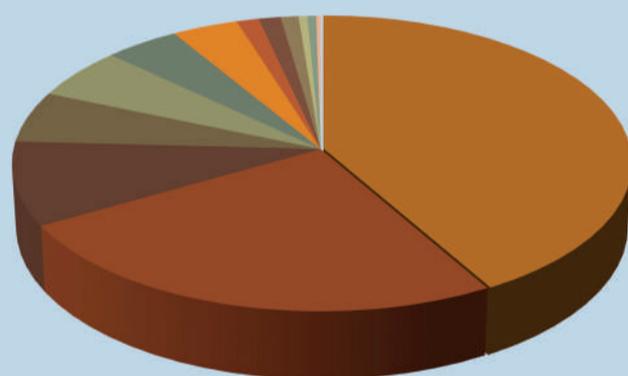
Revisión retrospectiva de la actividad de la agenda desde el inicio de la unidad el 1/03/2019 al 1/06/2024. Se incluyen pacientes derivados de las distintas especialidades pediátricas (digestivo, neumología, infecciosas, neurología), planta de hospitalización y de servicios de cirugía (general, plástica), rehabilitación y neurofisiología que ingresan en el box de técnicas para realización del procedimiento.

Se realizaba previo al procedimiento una entrevista telefónica y la solicitud de estudios analíticos preanestésicos, que se completaban con exploración física realizada el día de la prueba. Se desarrollaron protocolos de preparación, de monitorización, estrategias farmacológicas y hoja de recomendaciones al alta de la unidad.

RESULTADOS

393 procedimientos en 238 pacientes: 227 hombres y 166 mujeres, con una edad media de 7,73 años.

UNIDAD DE REMISIÓN:



- Digestivo
- Neumología
- Pediatría
- Nefrología
- Neurofisiología
- Cirugía
- Neurología
- Domiciliaria
- Cirugía plástica
- Rehabilitación
- Cardiología
- Endocrinología

PROCEDIMIENTOS:

PEACT	20	Punción espinal con sedación	12
Inserción de dispositivo de infusión de acceso periférico	4	Broncoscopia convencional	10
Potenciales evocados visuales	2	Gastroscofia con sedación	2
Prueba de provocación	2	Colonoscopia con sedación	16
Punción de absceso cervical	3	Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica	36
Retirada de doble J bajo sedación	3	Cambio de cánula traqueostomía	2
Sedación para nursing rectal y fecaloma	3	Colocación sonda para pHimpedanciometría con sedación	8
Sedación para férula	1	Complicación de PICC	4
Test de adenosina	2	Cura bajo sedación tras cirugía digestiva/urológica	7
Test de clonidina	1	Cura de herida bajo sedación	7
Toma de muestras uretrales bajo sedación	1	Infiltración toxina botulínica	4
Toma de muestras. Punción venosa periférica bajo sedación	15	Manometría bajo sedación	1
ITO	80		
Acidificación orina	2		
Urodinamia bajo sedación	14		

CONCLUSIONES

La apertura de la unidad ha permitido **anticipar tratamientos** y **disminuir estancia hospitalaria** al no depender de disponibilidad de quirófano. Ha permitido **dar solución a lista de espera** en algunos servicios y, en otros como rehabilitación, ha logrado mejorar la atención del paciente (posibilitando la sedación).

La regulación de las prácticas clínicas mediante protocolización de sedación para procedimientos ha mejorado la **seguridad del paciente**. También se ha fomentado la **humanización**, al permitir el acompañamiento por familiares en muchos de los procedimientos, y en otros, hasta iniciarse los efectos de la sedación.



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



Martínez Linde Alba, Ortiz Martínez Irene, Rojas Pérez Rocío, Vilches Cañizares Marina.

Antecedentes

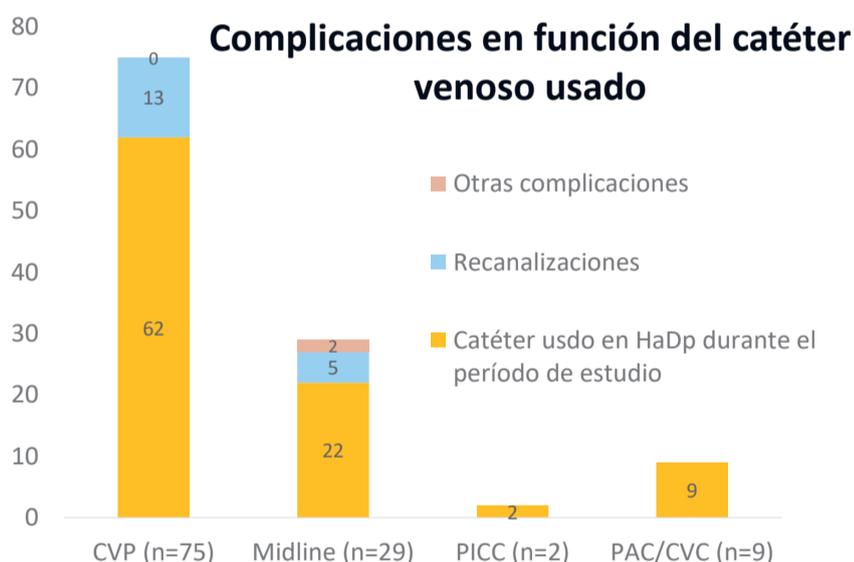
La hospitalización a domicilio (HaD) se ha convertido en una alternativa a la hospitalización tradicional, proporcionando cuidados hospitalarios en el entorno familiar del paciente. La valoración del acceso vascular más adecuada para cada paciente no siempre es fácil en el contexto pediátrico. Los catéteres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

Métodos

Se incluyeron 118 pacientes portadores de catéteres venosos en una unidad de HaD entre noviembre de 2023 y junio de 2024. Se recopilaban datos sobre la duración de los CVP, la estimación del tratamiento desde el ingreso, recanalización, complicaciones, manejo por los padres y comparativa con otros dispositivos como Midline, Port-a-Cath y PICC.

Resultados

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



Conclusiones

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



INFECCIONES RESPIRATORIAS Y SU FILIACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LACTANTES <1 AÑO INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Moreno Herrera A, Esquiva Soto S, Téllez González C, Rex Nicolás MC, Benavente García JJ, Martínez Jordán J, Esparza Pérez T, Hernández Vera MJ. Hospital universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones respiratorias son la primera causa de ingreso en pediatría, y en el último año la inclusión de la inmunoprofilaxis frente al VRS en el calendario vacunal de la región de Murcia parece haber influido en la epidemiología de este virus. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con infecciones respiratorias de vías bajas, menores de 1 año, que han ingresado en nuestro hospital, y su filiación microbiológica, así como estudiar si ésta está influida por la inmunoprofilaxis contra el VRS.

METODOLOGÍA:

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

RESULTADOS:

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

Al establecer dos grupos de pacientes según la inmunización frente al VRS podemos ver que en el grupo de no vacunados, el 69,2% tuvieron infección por este germen, mientras que en el grupo de vacunados solo el 25%, presentando este dato una diferencia estadísticamente significativa (p 0,03). Sin embargo, en los pacientes ingresados con VRS no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la gravedad al diagnóstico, a la necesidad de mayor soporte respiratorio, ni a la duración de la estancia hospitalaria (tabla 1).

27 pacientes: VRS +	Vacunados: 18 pacientes	No vacunados: 9 pacientes
O2	11 (61,1%)	6 (66,7%)
OAF	4 (22,2%)	1 (11,1%)
VNI	1 (5,5%)	2 (22,2%)
Gravedad	Grave 1 (5,5%) Moderada 11 (61,1%) Leve 6 (33,3%)	Moderada 5 (55,5%) Leve 4 (44,4%)
Duración ingreso	4,44 días	4,56 días

Tabla 1

CONCLUSIONES:

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



MUCOSITIS AMPOLLOSA ORAL EN ADOLESCENTE. SERIE DE CASOS.

C. Donado-Mazarrón García, A. Suñé Aznárez, J. Codina Barbosa, M. Hernández García, I. Sanjurjo Jimenez, G. Pons Tomas, M. Fernández de Sevilla Estrach, J.J. Garcia Garcia

INTRODUCCIÓN

EMIM

Exantema Mucocutáneo Inducido por Mycoplasma

- Se caracteriza por una mucositis severa que afecta predominantemente a cavidad oral, conjuntiva y mucosa genital.
- Se considera una entidad independiente del espectro necrosis epidérmica tóxica / Stevens-Johnson por su etiología, su tratamiento y su buen pronóstico.

CASO 1



14 años
Sin antecedentes

Motivo de consulta:

Hiperemia conjuntival bilateral + lesiones ampollas dolorosas en zona oral, de 48 horas de evolución. Afebril, sin otra clínica.



EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Aparición de lesiones en diana con halo eritematoso, predominantemente en tórax y espalda.



OD: SOSPECHA DE EMIM

AS: leve neutrofilia. PCR 18,5 mg/L. **IgM e IgG ++ para M. pneumoniae.**

TIQ: Azitromicina vo 3 días + Metilprednisolona 5 días. Pomada oftálmica de terracortril.

Con buena evolución

CASO 2



13 años
Sin antecedentes

Motivo de consulta:

Fiebre + tos de 4 días de evolución

- **Eco pulmonar:** neumonía basal derecha.

OD: NAC. Se inicia amoxicilina vo. Se da de alta a domicilio.

Reconsultan a las 72 horas por persistencia de fiebre y aparición de lesiones ampollas dolorosas orales



Con buena evolución

AS: IgM ++ para M. pneumoniae. Resto sin alteraciones

OD: SOSPECHA DE EMIM

TIQ: Azitromicina vo 3 días + Corticoterapia vo 5 días.

CASO 3



11 años
Sin antecedentes

Motivo de consulta:

Aftas dolorosas orales + lesiones a nivel nasal y en glande de 1 semana de evolución. Asocia también febrícula y astenia de 2 semanas de evolución.

Pre-tratamiento Post-tratamiento



OD: SOSPECHA DE GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

Se recoge PCR de VHS lesiones y se da de alta a domicilio.

Reconsultan a las 72 horas por empeoramiento de la clínica + aparición de síntomas respiratorios

- **Rx de tórax:** compatible con neumonía atípica
- **AS:** IgM e IgG ++ para M. pneumoniae
- **Frotis lesiones:** PCR VHS negativo.

OD: SOSPECHA DE EMIM

TIQ: Azitromicina vo 3 días.

Con buena evolución

CONCLUSIONES

- Tras el tratamiento antibiótico dirigido para M. pneumoniae la evolución en los 3 casos ha sido favorable.
- El diagnóstico requiere elevada sospecha clínica y se puede confirmar por PCR en frotis nasofaríngeo o seroconversión, si bien los niveles de IgM pueden permanecer elevados durante meses.



Tratamiento con dieta cetogénica en epilepsia refractaria: experiencia en una unidad de niños con patología crónica compleja y necesidades paliativas

Autores: Montero Cebrián MT, Guardiola Olmos JA, Canelo Torres EM, Aragón Lacárcel I, García Martínez S, Fernández Cadenas A, Pérez Cebrián M, Ferrin López BB. Unidad Regional de Atención Integral del Paciente Pediátrico con Enfermedad Crónica Compleja y Cuidados Paliativos (URAI-P-ECCP). Murcia

Introducción y objetivos:

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



Metodología:

estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de niños tratados en la unidad con dieta cetogénica más de un año como coadyuvante en epilepsia refractaria durante doce años (desde junio del 2012 a junio del 2024). De los diez niños tratados, se excluyó uno por fallecimiento y otro por ineficacia de la dieta. En los ocho pacientes restantes se tomaron como parámetros de estudio: efectividad (reducción convulsiones y disminución FAES) y aparición de EA (agudos y a medio/largo plazo).

Resultados:

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

Tabla: Complicaciones de la TDC que pueden interferir en la calidad de vida de los pacientes

Agudas	Digestivas (estreñimiento/diarrea)	Hipoglucemia	Hipercetonemia	Acidosis metabólica
Paciente 1	No	No	Si	No
Paciente 2	Si	No	Si	No
Paciente 3	Si	Si	No	No
Paciente 4	Si	No	No	No
Paciente 5	Si	No	Si	No
Paciente 6	No	No	No	No
Paciente 7	No	No	No	No
Paciente 8	Si	No	No	No

Medio/ largo plazo	Hiperlipemia	Cardiología	Digestivo	Hipercalcemia/ Nefrocalcinosis	Hiperuricemia	Alteración Electrolitos	Óseas
Paciente 1	No	No	Si	Si/No	No	No	No
Paciente 2	No	No	Si	No/No	No	No	No
Paciente 3	No	No	Si	No/No	No	No	No
Paciente 4	No	No	No	No/No	No	No	No
Paciente 5	No	No	Si	No/No	No	No	No
Paciente 6	Si	No	No	No/No	No	No	Si (fractura de fémur)
Paciente 7	No	No	No	Si/Si	No	No	No
Paciente 8	No	No	No	Si/Si	No	No	Si (osteopenia grave con 4 fracturas)

Conclusiones:

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



Bibliografía:

- Newmaster K, Zhu Z, Bolt E, Chang RJ, Day C, Mhanna A, Paudel S, Farooq O, Swaminathan A, Acharya P, Cheungpasitporn W, Gupta S, Samanta D, Mahfooz N, Mainali G, Carney PR, Naik S. A Review of the Multi-Systemic Complications of a Ketogenic Diet in Children and Infants with Epilepsy. *Children*. 2022; 9(9):1372. <https://doi.org/10.3390/children9091372>
- Ruiz Herrero J, Cañedo Villarroya E, García Peñas JJ, et al. Terapias dietéticas cetogénicas en epilepsia: experiencia en 160 pacientes durante 18 años. *Anales de pediatría* 96 (2022) 511-522.
- Rodríguez-Hernández AI, Pelayo-González ME. Experiencia y hallazgos en el manejo de la dieta cetogénica en niños con epilepsia refractaria, estudio de 10 casos. *J.Selva Andina Res. Soc.* 2020;11(2):142-152.
- Pedron Giner, C. Manual para la práctica de la dieta cetogénica. Segunda Edición 2022



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

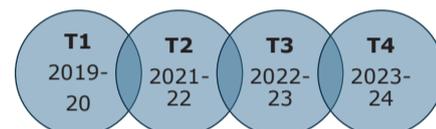
Marta Agüera, Aleix Soler, Maria Melé, Judit Alsina, Laura Monfort. Mariona Fdez de Sevilla, Juan José García, Cristian Launes

Introducción: En la temporada 2019/2020 se implementó el CPAP de burbuja (b-CPAP) en la planta de hospitalización de nuestro centro. Su uso en pacientes con bronquiolitis moderada-grave ha demostrado ser seguro y eficaz.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del uso de b-CPAP en pacientes con bronquiolitis moderada-grave durante cuatro temporadas de bronquiolitis.

Métodos: estudio observacional prospectivo unicéntrico durante las temporadas epidémicas de VRS.

Criterios de inclusión: lactantes ≤ 3 meses con bronquiolitis moderada-grave ingresados en planta con b-CPAP.



Respondedor (R)

• Permanecer en planta con b-CPAP

No respondedor (NR)

• Necesidad de ingreso en UCI-P para VNI binivel o intubación orotraqueal

Resultados: Se incluyeron a 446 pacientes (mediana de edad: 39 días (RIC:25-55)). 189 (42,4%) requirieron b-CPAP. La mayoría (400;89,4%) previamente sanos. Las indicaciones de b-CPAP fueron fracaso de OAF (174/189; 92.1%) y apneas leves sin compromiso hemodinámico (15/189; 7,9%).

Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con soporte b-CPAP

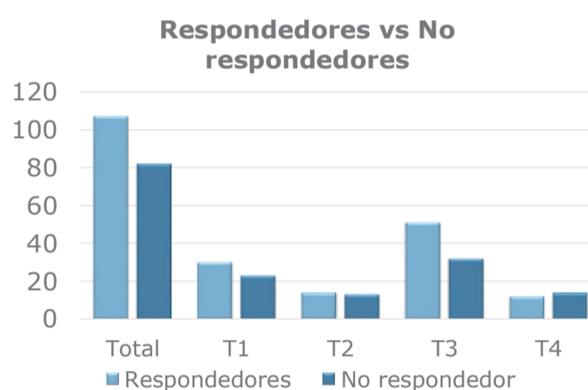
	Total n= 189	T1 (2019-20) n=53	T2 (2021-22) n=27	T3 (2022-23) n=83	T4 (2023-24) n=26	p-valor
Edad en días	39 (25-55)	37 (25-51)	38 (25-65)	41 (23-60)	38 (27-51)	0,714
Peso en Kg	4,3 (3,6-5,1)	4,2 (3,5-4,9)	5 (3,6-5,2)	4,4 (3,7-5,2)	4 (3,0-4,5)	0,077
Comorbilidades	20 (10,6%)	3 (5,7%)	2 (7,4%)	6 (7,2%)	9 (34,6%)	0,017
Infección por VRS	158 (83,6%)	52 (98,1%)	23 (85,2%)	68 (81,9%)	15 (57,7%)	<0,001
Estancia hospitalaria (días)	8 (6-11)	9 (7-13)	7 (6-10)	8 (6-11)	9 (6-10)	0,291

Tabla 2. Comparación de variables clínicas de los pacientes con soporte b-CPAP entre las cuatro temporadas

	Total n= 189	T1 (2019-20) n=53	T2 (2021-22) n=27	T3 (2022-23) n=83	T4 (2023-24) n=26	p-valor
BROSJOD pre-CPAP (puntos)	9 (9-10)	10 (9-10)	9 (9-10)	9 (9-10)	9 (8-10)	0,177
FC pre-CPAP (lpm)	160 (150-170)	160 (150-175)	150 (150-170)	160 (150-170)	170 (158-180)	0,130
FR pre-CPAP (rpm)	60 (55-70)	65 (55-70)	60 (52-70)	60 (55-70)	60 (53-63)	0,361
FiO ₂ pre-CPAP (%)	30 (27-35)	34 (30-40)	29 (26-34)	29 (27-33)	28 (25-31)	<0,001
BROSJOD a los 60 minutos	7 (6-8)	7 (6-8)	7 (6-8)	7 (6-7)	7 (5-8)	0,582
FC a los 60 minutos (lpm)	145 (130-150)	150 (135-160)	140 (135-150)	140 (130-150)	145 (130-160)	0,103
FR a los 60 minutos (rpm)	46 (40-55)	50 (44-60)	45 (40-56)	45 (40-52)	42 (36-54)	0,049
FiO ₂ a los 60 minutos (%)	29 (28-34)	32 (30-38)	29 (25-34)	28 (28-34)	28 (28-34)	0,014
Duración CPAP en horas	57 (12-95)	63 (10-96)	45 (10-72)	67 (24-97)	18 (7-70)	0,044
Ingreso en UCIP	82 (43,4%)	23 (43,4%)	13 (48,1%)	32 (38,6%)	14 (53,8%)	0,533
Tasa de intubación	32/82 (32,9%)	6/23 (26,1%)	3/13 (23,1%)	12/32 (37,5%)	11/14 (78,6%)	0,027

No se reportaron eventos adversos.

Previo al inicio de CPAP se hallaron en el grupo-NR valores más elevados de FC, FR y escala BROSJOD ($p < 0,01$).



En la última temporada (2023-24), coincidiendo con la administración de Nirsevimab, se observó:

- Mayor proporción de pacientes con comorbilidades.
- Menos casos de VRS positivos.
- Mayor tasa de intubación.

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



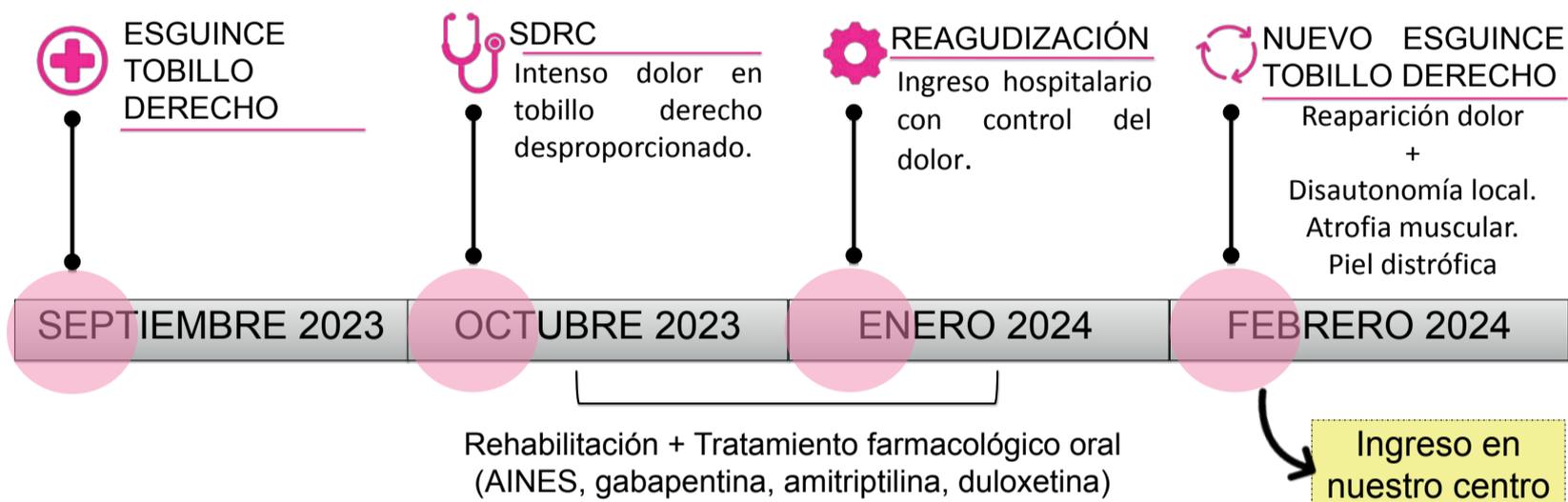
LA COMPLEJIDAD DEL SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO

Palacios Bermejo A, Bulnes Rodríguez I, Rodríguez Represa FJ, Fernández González A, Pérez Moreno J
Hospital General Gregorio Marañón. Servicio de Pediatría (Hospitalización pediátrica).

ANTECEDENTES PERSONALES

No antecedentes médicos de interés.
Antecedentes psicosociales:
acoso escolar.

HISTORIA CLÍNICA



TRATAMIENTO DURANTE INGRESO HOSPITALARIO

- Corticoterapia.
- Parches de lidocaína.
- Bomba de analgesia controlada por el paciente a través de catéter epidural.
- Bloqueo anestésico regional.
- Catéteres de bloqueos con anestésicos locales en nervio ciático (nivel poplíteo y safeno).

REHABILITACIÓN FÍSICA

Técnicas difíciles de implementar por intenso dolor a la movilización del miembro afecto. Tras los catéteres de bloqueo con anestésico a nivel poplíteo y safeno, se consiguió movilización pasiva únicamente durante el sueño profundo

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL

Iniciado por los antecedentes de acoso escolar referidos.

COMPLICACIONES

Osteoporosis
Protrusión de discos vertebrales dorsolumbares

SITUACIÓN ACTUAL

Deambulación en silla de ruedas
Incapacidad para movilización activa y pasiva de pie y tobillo derecho

CONCLUSIÓN

En el SDRC el diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen las secuelas a largo plazo y su impacto en la calidad de vida. Este caso ilustra la importancia del abordaje multidisciplinar y la complejidad añadida que supone patología psicosocial añadida



Desenmascarando la pancitopenia

Castelló Martí A¹, Martínez Llonch P¹, Pons Espinal M¹, Martí Castellote C², Solsona Gadea M³

¹ Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, ²Inmunología, Hospital Sant Joan de Déu ³ Hematología, Hospital Sant Joan de Déu

Introducción

La mayoría de las pancitopenias en pediatría son secundarias a causas infecciosas en países de alta renta, y por causas carenciales en países de baja renta.

Caso Clínico

Lactante de 13 meses consulta por fiebre de hasta 39°C de 5 días de evolución.
Proviene de Pakistán, dónde ha residido los últimos dos meses.

Antecedentes personales y familiares

- Lactancia materna exclusiva hasta los once meses de vida
 - Nacido en España
 - Niegan consumo de fármacos
- Padres originarios de Pakistán y consanguíneos (primos hermanos)

Exploración física

Peso: 7kg (-3DE), talla: 67cm (-4DE), IMC: 12kg/m²
Aceptable estado general, aunque con aspecto desnutrido. Pálido, petequias aisladas. Sin megalias. Resto sin alteraciones.

Analítica sanguínea en urgencias

Hb **9,1g/dL** (VCM 85fL HCM 28 pg), **Plaquetas 42.000/μL**,
Leucocitos 2.700/μL (Neutrófilos 1.100/μL, Linfocitos 1.300/μL). PCR 6,5mg/L,
PCT 0,17ng/mL.

PANCITOPENIA A ESTUDIO

Despistaje infeccioso

- Cultivos (sangre, orina, heces) negativos
 - Gota gruesa negativa.
- Serologías VHB, VHC, VHA, VIH, Leishmania negativos
- PCR en sangre VHS, CMV, VEB, Parvovirus, Chikunguña, Dengue y Zika negativos.
- Quantiferón negativo

Nutricional/metabólico

- Déficit hierro.**
- Déficit vitamina B12;** resto perfil vitamínico normal
 - Prealbúmina disminuida
- Estudio de celiaquía negativo.
- Perfil hepato-renal y perfil lipídico normales

Orientación diagnóstica inicial

Pancitopenia de origen carencial en contexto de malnutrición



Suplementación nutricional + ferroterapia + vitamina B12 + seguimiento

Hemato-oncológico

- Radiografía tórax y ecografía abdominal normales
 - LDH normal. Sin signos de hemólisis.
- Extensión sangre periférica: anisocitosis, sin otros hallazgos destacables.
- Aspirado médula ósea: celularidad normal para edad, leves signos de dismegacariopoyesis.

EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS

Persiste anemia normocítica-normocrómica (valor mínimo Hb 6.5 g/dl) + plaquetopenia (mínima de 18.000/μL) + neutropenia (mínima de 500/μL)

Se decide repetir estudio médula ósea y ampliar estudio de heces

Biopsia médula ósea	<ul style="list-style-type: none"> Médula hipocelular con signos de dismegacariopoyesis, disminución de serie granulocítica, sin alteraciones en el cariotipo. <p>Sospecha fallo medular.</p>
Estudio heces	<ul style="list-style-type: none"> Elastasa muy disminuida, compatible con insuficiencia pancreática exocrina

Orientación diagnóstica definitiva, confirmada por estudio genético

Variante en homocigosis (gen DNAJ21) compatible con **síndrome de Shwachman-Diamond (SDS) like**

Conclusión

El síndrome de SDS o SDS-like es una enfermedad rara de herencia autosómica recesiva que hay que descartar en aquellos pacientes con fallo medular e insuficiencia pancreática exocrina. Se requiere un alto índice de sospecha para un tratamiento precoz adecuado.



ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR: FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN

Abreu Fernández, C.; Montero Valladares, C.; Croche Santander, F.B; Anchoriz Esquitino, M.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Las **adenopatías** constituyen un motivo de consulta frecuente en Pediatría. La mayoría representan una respuesta inflamatoria **transitoria** a una infección, aunque en otros casos, como las adenopatías unilaterales subagudas/crónicas, debemos ampliar nuestro **diagnóstico diferencial** a otros procesos como neoplasias hematológicas o metástasis de tumores sólidos, cuyo diagnóstico precoz puede tener implicaciones pronósticas. Las **adenopatías supraclaviculares se relacionan con malignidad hasta en un 75% de los casos**.

CASO CLÍNICO

Niña de 10 años valorada por **tumoración supraclavicular izquierda de 5 meses de evolución**, sin otra clínica asociada (afebril, no síntomas constitucionales, no cambios inflamatorios). Ha realizado **varios ciclos de antibiótico** sin mejoría. Sin antecedentes personales ni familiares de interés, aunque durante la anamnesis dirigida refiere vivir con un gato que "le araña frecuentemente".



A la exploración física destaca adenopatía supraclavicular de unos 2.5x1.5 cm, de **consistencia gomosa, no adherida** a planos profundos, no dolorosa a la palpación. No otras adenopatías, megalias ni hallazgos de interés.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: **hemograma normal** (Hb 13.2 g/dl, Leucocitos 6830 con fórmula normal, plaquetas 340.000). Bioquímica normal incluyendo ácido úrico (3.7 mg/dl) y LDH (219 U/L). PCR 0.2 mg/L, VSG 7 mm/h.
- Radiografía de tórax normal, no ensanchamiento mediastínico.
- **Mantoux negativo**. Muestra de esputo sin BAAR, cultivo de micobacterias negativo.
- Serologías: IgG positiva a VEB y CMV, IgM negativa a Bartonella henselae y Toxoplasma gondii.

Se realiza **ecografía cervical con hallazgos de atipicidad** (apariencia pseudoquistica), seguida de **BAG** que se informa como linfadenitis reactiva. Finalmente, se procede a **exéresis y estudio anatomopatológico**, con diagnóstico de **enfermedad de Castleman variante hialino-vascular** (figura 1). En estudio de extensión con PET/TAC de tórax y abdomen **se descarta afectación multifocal**. La paciente permanece asintomática en los controles ambulatorios.

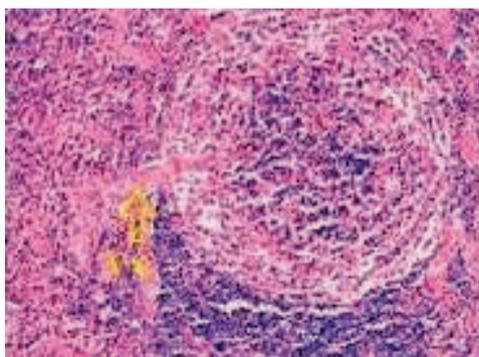


Figura 1. Imagen típica de enfermedad de Castleman variante hialino-vascular. Imagen en bulbo de cebolla con vasos sanguíneos presentes.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Castleman es un **trastorno linfoproliferativo** de etiología desconocida, excepcional en Pediatría. Se describen dos formas clínicas: la **localizada**, generalmente una masa cervical o mediastínica asintomática al diagnóstico, y la **multicéntrica**, con afectación sistémica y carácter más agresivo. El **diagnóstico es anatomopatológico**, siendo la resección quirúrgica curativa en las formas localizadas, mientras que en las multicéntricas no existe aún una línea de tratamiento exitosa.



ACERQUEMOS EL MUNDO DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE AL HOSPITAL INFANTIL

Ferran Prats Domènech, Romy Rossich Verdés

Introducción y Objetivos

Los niños hospitalizados frecuentemente experimentan estrés, aburrimiento y falta de entretenimiento durante su estancia, lo que afecta negativamente su bienestar emocional y recuperación. Esta situación se ve agravada por la percepción de que el hospital no es un lugar adecuado para divertirse, a pesar de que el juego es un derecho fundamental reconocido en el artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Objetivo: El proyecto tiene como objetivo integrar las oportunidades de ocio y tiempo libre de calidad disponibles, prescribiendo el juego como una herramienta terapéutica adaptada a cada situación clínica. De esta manera, se busca reducir el estrés y el aburrimiento de los niños y niñas hospitalizados, favoreciendo su bienestar emocional y contribuyendo a su recuperación.

Métodos

El proyecto se implementará en un Hospital Infantil de Tercer nivel y consistirá en la integración de actividades recreativas y terapéuticas personalizadas para los niños y niñas hospitalizados.

Estas actividades incluirán el préstamo de libros, juegos de mesa y actividades accesibles a través de una aplicación móvil para facilitar la participación de las familias. Se ofrecerán también recursos web controlados para evitar el uso excesivo de dispositivos electrónicos.

La prescripción de las actividades se hará de acuerdo con la situación clínica de cada niño, adaptando el juego a sus capacidades físicas, cognitivas y emocionales, incluyendo a aquellos con diversidad funcional o movilidad reducida.

La participación será monitoreada mediante encuestas a las familias y observaciones clínicas que medirán los niveles de estrés, aburrimiento y bienestar emocional antes y después de la intervención.

Resultados esperados

Se espera una reducción significativa en los niveles de estrés y aburrimiento de los niños hospitalizados como resultado de la accesibilidad y personalización de las actividades de ocio.

Las intervenciones lúdicas, adaptadas a cada situación clínica, contribuirán a una mejora en el bienestar emocional de los niños, quienes se sentirán más motivados y felices durante su estancia.

Se anticipa que los niños con diversidad funcional y otras condiciones clínicas podrán participar de forma inclusiva, lo que también fomentará su desarrollo social y emocional.

Asimismo, las encuestas a las familias y las observaciones del personal médico se espera que reflejen una percepción positiva sobre el impacto del proyecto.

Conclusiones

El proyecto tiene el potencial de mejorar significativamente el bienestar emocional y la calidad de vida de los niños hospitalizados mediante la integración del juego como una herramienta terapéutica personalizada y adaptada a cada situación clínica.

Al prescribir el juego de manera individualizada, se crea un entorno inclusivo en el hospital, donde el ocio se convierte en parte esencial del proceso de recuperación.

Este enfoque no solo reduce el estrés y el aburrimiento, sino que también mejora su recuperación y apoya el derecho al juego en todos los contextos, incluidos los hospitales, promoviendo un ambiente más positivo y enriquecedor para los niños durante su tratamiento.

Este modelo de intervención podría servir como referencia para futuras iniciativas que busquen integrar el juego como una intervención terapéutica en otros hospitales.

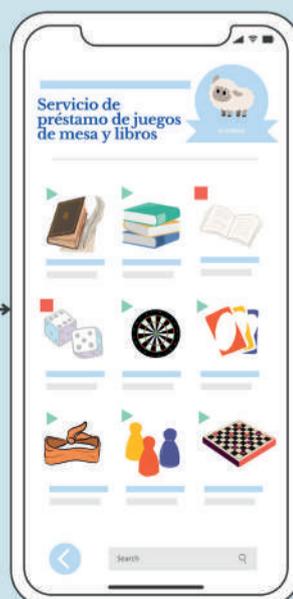


Figura 1. Mockup de la aplicación WEB



KAWASAKI OCULTO TRAS UNA INFECCIÓN Y UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA CON CRITERIOS DE SHOCK

Vico Marín, Inés; Negrín Lorenzo, Nieves; Rodríguez Bueno, Julia; Marín López, Laura Pilar

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una **vasculitis sistémica** de curso agudo y autolimitado. Su etiopatogenia es desconocida, pero parece estar desencadenada por un agente infeccioso en individuos predispuestos genéticamente (mayor prevalencia en población **asiática**). Sin tratamiento, casi la mitad de los pacientes desarrollan **dilataciones de las arterias coronarias** mientras un cuarto desarrolla **aneurismas**. Sin embargo, su tratamiento precoz previene y disminuye la gravedad de las alteraciones coronarias.

Se presenta un caso de EK donde los criterios clínicos y analíticos fueron enmascarados por una situación de shock secundaria a una invaginación intestinal y la sospecha de una infección bacteriana.



RESUMEN DEL CASO

Lactante de 8 meses acude a urgencias por fiebre de 2 días de evolución con tos, mucosidad, decaimiento y aparición en las últimas 24 horas un exantema maculopapuloso. La analítica revela elevación de reactantes de fase aguda y piuria estéril. Se ingresa en planta para antibioterapia intravenosa y en las primeras horas hospitalizado presenta empeoramiento brusco del estado general, vómitos en posos de café e hipotensión, que precisó una carga de volumen. Se solicita ecografía abdominal que evidencia invaginación intestinal ileocólica que se reduce satisfactoriamente con enema hidroestático. Tras este episodio, permanece ingresado con la siguiente evolución:

INGRESO:

PCR 89.5 mg/L y Procalcitonina 4.54 ng/ml
Hipertransaminasemia: GOT 256 y GPT 396
Anemia → Transfusión hemáties
Coagulopatía → Vitamina K
Piuria estéril

EN UCI PEDIÁTRICA:

Eritrodermia generalizada → exantema urticariforme
Hiperemia conjuntival
Edema en manos y pies
Irritabilidad
Labios agrietados

EN PLANTA HOSPITALIZACIÓN:

Afebril al 7º día
Ecocardiografía: ectasia coronaria bilateral con pequeñas aneurismas

Inmunoglobulina G + ácido acetilsalicílico + corticoterapia



Al alta

1º día ingreso

Invaginación ileocólica

Ecografía abdominal: imagen sugerente de invaginación intestinal ileocólica.

Se reduce con enema hidroestático.

2º día ingreso

→ Parainfluenzae positivo en aspirado nasofaríngeo
→ Resto de cultivos y LCR: negativos
→ Hipoalbuminemia

7º día ingreso

→ 10º día trombocitosis: plaquetas 1.039.000/mm³
→ ProBNP 337 pg/ml; BNP 30,7 pg/ml, troponina 1,3 pg/ml

→ Ecocardiografía: persiste aneurisma en coronaria derecha pero de menor diámetro.
→ Persiste elevación de proBNP y trombocitosis, pero en descenso.
→ Asintomático



EK: criterios diagnósticos clínicos y/o ecocardiografía

● Fiebre \geq 5 días	Sí
● Al menos 4 de los siguientes criterios clínicos: → Conjuntivitis → Alteraciones orales: labios, lengua o enantema → Alteraciones en pies y manos: eritema, edema o descamación → Exantema polimorfo → Adenopatía > 1,5 cm o conglomerado adenopático	Sí
● Si dilatación coronaria observada o si la fiebre desaparece antes del 5º día bajo tratamiento específico, se aceptan menos de 4 de los criterios clínicos anteriormente citados.	

EK incompleta: criterios diagnósticos clínicos y analíticos

● Fiebre al menos 5 días	Sí
● 2-3 criterios clínicos	Sí
● PCR >30 mg/L o VSG >40 mm/h	Sí
● Al menos 3 de los siguientes criterios analíticos: → Anemia (secundaria a hemorragia digestiva) → Hipoalbuminemia (<3 g/dL) → Elevación de GPT → Trombocitosis \geq 450.000/mm ³ tras 7 días → Leucocitosis \geq 15.000/mm ³ → Piuria estéril (\geq 10 células por campo)	Sí

Criterios diagnósticos de enfermedad de Kawasaki tanto típica como incompleta. Se indica qué criterios clínicos y analíticos presenta el paciente. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Libro verde. Hospital Infantil La Paz. Basado en criterios AHA: American Heart Association.

CONCLUSIONES

★ Ante un paciente con exantema febril cambiante, asociado a irritabilidad o afectación del estado general y conjuntivitis, se debe sospechar en la EK, sobre todo en edades comprendidas entre los 6 y 24 meses.

★ La detección y tratamiento precoz de la EK es clave para reducir su morbimortalidad.



EMERGENCIA HIPERTENSIVA. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Abreu Fernández, C.; Croche Santander, F.B; Montero Valladares, C.; Anchoriz Esquitino, M.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

La **crisis hipertensiva** es una elevación grave y brusca de la presión arterial (PA) con cifras de PAS y/o PAD \geq p99 para edad, sexo y talla. Se clasifica en **urgencia hipertensiva**, cuando no existe daño de órganos vitales, y en **emergencia hipertensiva**, cuando se evidencia lesión en órganos diana como SNC, corazón o riñones. Es una patología poco prevalente en pediatría, siendo las formas secundarias más frecuentes que en adultos. La **clínica neurológica** es la manifestación más frecuente, con cefalea, náuseas/vómitos, convulsiones o incluso síndrome PRES.

CASO CLÍNICO

Presentamos tres casos clínicos atendidos en nuestro centro en los meses de Noviembre - Abril de 2024 (tabla 1):

Caso 1: Varón de 13 años, sospecha de **síndrome de Guillain-Barré** en tratamiento con inmunoglobulinas iv. Evolución tórpida con cefalea, importante ansiedad y cifras tensionales en ascenso. Al tercer día de ingreso presenta **crisis tónico-clónica generalizada** con TA 170/100 mmHg. Ingresa en UCI-P, precisando perfusión de nitroprusiato iv y amlodipino oral para control de TA. RMN cerebral: **hallazgos compatibles con PRES**.

Caso 2: Varón de 11 años, sospecha de síndrome de Guillain-Barré. Episodio de HTA (máximo 150/75 mmHg) con visión borrosa, cefalea y **fluctuación del nivel de conciencia**, trasladándose a UCI-P para inicio de perfusión iv de nicardipino. RMN cerebral: hallazgos compatibles con **neuromielitis óptica**, por lo que se inicia tratamiento con megabolos de corticoide y plasmaféresis iv, con buena evolución posterior.

Caso 3: Mujer de 10 años, 7º día **post-trasplante renal**. Tras administración de enema rectal por estreñimiento presenta emergencia HTA (TA máxima 180/100 mmHg) con **crisis convulsiva**, reingresando en UCIP y precisando 4 fármacos antihipertensivos (doxazosina, amlodipino, nicardipino, espironolactona) para control de TA. RMN cerebral con **hallazgos de PRES y EEG compatible con estatus epiléptico** que se controla con levetiracetam y valproico iv.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Sexo	Varón	Varón	Mujer
Edad	13 años	11 años	10 años
Comorbilidades	No	No	Sí (ERC)
HTA previa	No	No	Sí
Cifra de TA máxima	170/100 mmHg	150/75 mmHg	180/100 mmHg
Clínica	Neurológica (crisis tónico-clónica)	Neurológica (alteraciones visuales, cefalea, nivel de conciencia alterado)	Neurológica (estatus convulsivo)
Neuroimagen	PRES	Neuromielitis óptica	PRES
Estudio cardiológico	Normal	Normal	Normal
Estudio urinario	Normal	Normal	Proteinuria
Fondo de ojo	Normal	Neuritis retrobulbar	Normal
Tratamiento antihipertensivo agudo	Nitroprusiato iv	Nicardipino iv	Nicardipino iv, doxazosina vo, amlodipino vo, espironolactona vo
Tratamiento antihipertensivo alta	Sí (amlodipino, labetalol)	Sí (amlodipino, atenolol)	Sí (amlodipino, atenolol)

Tabla 1. Tres casos clínicos de emergencia hipertensiva en Pediatría.

CONCLUSIONES

La emergencia hipertensiva es una **complicación rara en Pediatría** pero con **complicaciones potencialmente graves**. Las **cifras de TA elevadas en niños no deben banalizarse**, siendo esencial la comprobación de las mismas, exploración y posibles diagnósticos diferenciales para poder llegar a un reconocimiento y tratamiento precoces.



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

Autores: Ana Lorente Beltrán, Naila Palazón Nieto, Paloma Vivancos Medina, Laura Galant Pérez, Teresa Bonanad Carrasco, María del Mar Moreno Sánchez, Cristina Molina Ruiz, Alexis Martínez Cornet
Enfermeros Especialistas en Pediatría
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

Los CPP mejoran la calidad de vida de los niños que viven con enfermedades que limitan o amenazan la vida. Se estima que más de 20 millones de niños necesitan CPP.

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

En España, aproximadamente 25000 niños tienen necesidades de cuidados paliativos, entre 5000 y 7000 niños padecen enfermedades crónicas cada año, y de 930 a 1500 mueren por dicha causa, lo que representa un 15 % de los ingresos hospitalarios en pediatría.

Estas cifras están obligando a crear servicios hospitalarios adaptados a estos PPECC pero a cargo de Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos que ayuden a mantener la continuidad asistencial.



OBJETIVO

Presentar los datos correspondientes a los ingresos hospitalarios realizados en la Unidad Regional de Asistencia Integral al Paciente Infantil y Necesidades Paliativas.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de pacientes crónicos complejos pertenecientes a una Unidad Regional de Asistencia Integral al Paciente Infantil Crónico Complejo y Necesidades Paliativas del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca desde el 1 de noviembre de 2023 y el 30 de junio de 2024.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Se recogerán los datos de todos los niños hospitalizados menores de 18 años mediante la identificación de los niños con patología crónica y compleja a través de la utilización de la escala PedCom ampliada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN



METODO DE RECOGIDA DE DATOS

Revisión de historias con anonimización de los datos.

ANÁLISIS DE DATOS

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

VARIABLES

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



CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del estudio se solicitará autorización al Comité de Ética de Investigación del hospital.

BIBLIOGRAFÍA





MANEJO DEL LACTANTE HIPOTÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Cussó Bordes (maria.cusso@sjd.es), María Mur Tomas, Isabel Sanjurjo Jiménez, Nazareno Juan Lascano, María del Mar O'Callaghan Gordo, Meritxell Vigo Morancho, Andrés Nascimento Osorio, Antoni Noguera Julian. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).

Introducción y objetivos

La **hipotonía**, definida como la **disminución de la resistencia al movimiento pasivo**, es el signo de disfunción neurológica más frecuente en la infancia precoz. Debe diferenciarse de la debilidad muscular, entendida como la disminución de la máxima fuerza que se puede generar, ya que no siempre van asociadas.

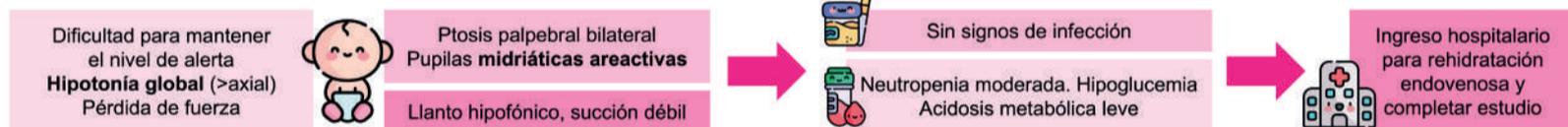
La hipotonía puede ser de **origen central** (60-80%) o **periférico** (20-40%). Precisar los signos y síntomas acompañantes es clave para localizar la lesión o disfunción. Por la multiplicidad de causas y condiciones que subyacen a la hipotonía del lactante (Tabla 1), es imprescindible un enfoque ordenado y sistemático con el fin de alcanzar un diagnóstico precoz y asegurar un manejo óptimo. A continuación se presenta el caso de un lactante hipotónico y se exponen el diagnóstico diferencial y manejo realizados.

Tabla 1. Causas de hipotonía en el recién nacido y el lactante menor

Hipotonía de origen central	Hipotonía de origen periférico
<p>Encefalopatía aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> Encefalopatía hipóxica-isquémica Accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia, trombosis venosa Traumatismo encefálico +/- medular Infecciosa: meningitis, encefalitis, TORCH Tóxico-metabólica: bilirrubina, drogas <p>Encefalopatía estática</p> <ul style="list-style-type: none"> Cromosomopatías: Sd. Down, Prader-Willi, trisomías 13 y 18, del1p36, del22q11, Sd. Williams, Smith-Magenis, Wolf Hirschhorn Síndromes con rasgos dismórficos: X-Frágil, Kabuki, Sotos, Smith-Lemli-Opitz Alteraciones del desarrollo cerebral <p>Trastornos metabólicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipoglucemia, hipocalcemia, hipermagnesemia, hipotiroidismo <p>Errores innatos del metabolismo</p> <ul style="list-style-type: none"> Intermediario (aminoácidos, ácidos orgánicos, hiperamonemia) De las macromoléculas (depósito) Trastornos peroxisomales (Sd. Zellweger) De la energía (mitocondriales) <p>Lesiones medulares</p> <ul style="list-style-type: none"> Traumatismo o infarto medular 	<p>A. Motoneurona</p> <ul style="list-style-type: none"> Degenerativa: AME severa Infecciosa: poliomielitis, otros virus Malformativa: mielomeningocele, diastematomelia, Sd. Möbius <p>B. Raíces y nervios periféricos</p> <ul style="list-style-type: none"> Polineuropatías hereditarias: hipomielinización congénita, neuropatía axonal congénita, neuropatía asociada a cataratas y dismorfia facial, porfiria Polineuropatías adquiridas: Guillain-Barré <p>C. Unión neuromuscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Miastenia gravis neonatal transitoria Síndromes miasténicos congénitos Botulismo del lactante <p>D. Músculo</p> <ul style="list-style-type: none"> Miopatías congénitas, central-core, nemalínica, centronuclear, miotubular, desproporción congénita del tipo de fibras Miopatías metabólicas: glucogenosis (Pompe), mitocondriales, déficit de carnitina Distrofias musculares: miotónica, congénita Inflamatorias: polimiositis <p>E. Hipotonía neonatal transitoria</p> <p>F. Origen desconocido</p>

Resumen del caso

Lactante varón de 4 meses, previamente sano, con clínica progresiva de **hipoactividad**, **hiporexia** y **estreñimiento** de una semana de evolución. Fiebre autolimitada al inicio del episodio. En el Servicio de Urgencias Pediátricas:



En Planta de Hospitalización de Pediatría, se realizan:

Hipotonía de origen central	Hipotonía de origen periférico
<ul style="list-style-type: none"> Punción lumbar: bioquímica normal, array multiviral negativo Ecografía transfontanelar: normal Biomarcadores en LCR, sangre y orina: sin alteraciones Resonancia magnética cerebral y medular: normales Fondo de ojo: normal 	<ul style="list-style-type: none"> Electrodiagnóstico (ver imágenes) Estudio de autoinmunidad (sangre): negativo

Ante clínica y EMG compatibles con **botulismo leve**, se realiza Notificación a Sanidad y se recogen muestras de heces y jugos gástricos para el estudio dirigido, obteniéndose una **PCR positiva para la Neurotoxina B**.

Se reinterroga a la familia que descarta el consumo de miel por parte del lactante (alimentado con lactancia materna exclusiva) así como de conservas en mal estado por parte de la madre. Se detecta como único factor de riesgo el hecho de vivir en un área urbana en obras, con importantes movimientos de tierra.

Ante sintomatología leve y estabilidad clínica, sin confirmación diagnóstica hasta los 10 días, se mantiene actitud expectante sin iniciar tratamiento con Inmunoglobulina Botulínica (IB). El paciente presenta mejoría progresiva durante el ingreso.

Al alta, se realiza seguimiento por parte de Pediatría, Neurología, Oftalmología, Infectología y Rehabilitación, observándose una evolución positiva y sin secuelas.

Conclusiones y comentarios

El botulismo del lactante es una enfermedad neuromuscular aguda de baja incidencia (0,91 casos/100.000 lactantes) causada por la toxina de *Clostridium botulinum*, que interfiere en la liberación presináptica de acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular y el sistema nervioso autónomo. En la mayoría de las ocasiones, la fuente de las esporas suele ser **desconocida**. En los casos en que se logra identificar su origen, la **miel** es el alimento que aparece con mayor frecuencia. Quedan en segundo término otros productos alimentarios (preparados deshidratados para lactantes, cereales, infusiones) o farmacéuticos (enemas infantiles, antitusígenos, remedios homeopáticos), compuestos mayoritariamente a base de miel. También se han descrito casos en zonas rurales y urbanas con movimientos de **tierra contaminada**.

Tras un periodo de incubación de 3-30 días, el cuadro clínico suele empezar de forma sutil, con sintomatología digestiva (**estreñimiento**), seguida de parálisis descendente flácida, simétrica, con afectación de pares craneales, **ptosis palpebral**, **pupilas fijas y midriáticas**, **llanto y succión débiles**, **trastornos de la deglución**, **hipotonía generalizada** e incluso dificultad respiratoria o muerte súbita del lactante. El **diagnóstico** es **clínico** junto con el aislamiento bacteriológico o la detección de neurotoxinas en suero, heces o jugos gástricos. El electroneuromiograma puede mostrar disminución de la amplitud del potencial de acción, con aumento de esta tras la estimulación repetitiva.

El tratamiento ha sido tradicionalmente de soporte hasta el desarrollo de la **terapia con IB**, que neutraliza la toxina botulínica circulante. Dada la potencialmente rápida evolución de la enfermedad, la sospecha clínica es fundamental para priorizar la administración precoz de IB en los casos de mayor gravedad. Sin embargo, esta no siempre se encuentra disponible en los estadios iniciales y su papel en el curso de la enfermedad en los casos leves o en fase de recuperación aún está por determinar.



En resumen, la detección precoz del botulismo del lactante es fundamental para su manejo clínico, así como su notificación específica en calidad de enfermedad de **declaración obligatoria**, el establecimiento de medidas higiénicas y **prevención de factores de riesgo**, tanto alimentarios como ambientales.



EMPLEO DE LA SACAROSA EN UNA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Autores: Galant Perez, Laura; Bonanad Carrasco, Teresa; Moreno Sánchez, María del Mar; Lorente Beltrán, Ana; Palazón Nieto, Naila; Vivancos Medina, Paloma; Martín de Almagro, Isabel; Ayala Alcolea, Laura.

INTRODUCCIÓN

La sacarosa se ha utilizado para múltiples usos en la práctica clínica, uno de ellos para favorecer la cicatrización de las heridas, ya que en sus propiedades contiene un estimulante para esta cicatrización y un efecto bactericida. Gracias a esta se crea un medio hiperosmótico, disminuyendo la cantidad de agua y provocando un descenso en la proliferación bacteriana, produciendo además una reducción en el olor al modificar el metabolismo bacteriano, disminuyendo la producción de ácido láctico y evitando las sustancias generadas como amonio, aminas y compuestos azufrados. Por otra parte, la sacarosa atrae a los macrófagos que participan en la limpieza de la herida ya que aceleran el desprendimiento de los tejidos desvitalizados, necróticos y/o gangrenosos.

CASO

Paciente de 12 años que sufre quemaduras con >30% SCQ de segundo y tercer grado. Durante su ingreso sufre una infección por perforación intestinal secundaria a un quiste intestinal, la herida quirúrgica se infecta en el postoperatorio y se producirá una dehiscencia de la misma

OBJETIVOS

Demostrar la evidencia del uso de la sacarosa en las heridas y desarrollar un plan de cuidados según la taxonomía normalizada (NANDA, NIC, NOC).

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico NANDA: 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c disminución perfusión tisular, infección. m/p exudado, pérdida de la continuidad de la piel.

NOC: Curación de la herida: por primera intención

NIC: Control de infecciones

- Lavado profundo de la herida con suero fisiológico.
- Retirar el tejido necrótico realizando un desbridamiento de los bordes de la herida,
- Impregnar con sacarosa y tapanla con un apósito oclusivo.

NANDA: 00132 Dolor agudo m/p conducta expresiva (llantos, irritabilidad, agitación,) r/c agentes lesivos.

NOC:2102 Nivel del dolor.

NIC: 2210 Administración de analgésicos.

- Administración de sedoanalgesia durante las curas (ketamina y metamizol)

CONCLUSIONES

A las tres semanas del tratamiento con sacarosa en la herida quirúrgica, dejo de presentar esfacelos, supuración y se pudo preparar para un cierre directo o por primera intención en quirófano. Actualmente la herida no presenta signos de infección y ha cicatrizado correctamente.

BIBLIOGRAFÍA





PRIMER AÑO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL URBANO: REVISAR PARA MEJORAR

Valle-T-Figueras, JM^a; Pérez Restrepo, A^b; Brun Lozano, N^c; Escribano Sanz, P^d; Villegas Bruguera, E^e; Carsi Durall, A^f; Garcia del Cerro, G^g; Boronat S^h

^aResponsable de Hospitalización de pediatría, Infectología pediátrica. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. ^bEnfermera Supervisora de Pediatría-Neonatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. ^cCirugía pediátrica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. ^dOncohematología pediátrica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. ^eJefa de Servicio de Hospitalización a Domicilio (HADO) Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral, Barcelona. ^fUnitat d'Hospitalització a Domicili Pediàtrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona. ^gNeumología y Alergología Pediátrica, Coordinadora del Proceso de Hospitalización y relación con Atención Primaria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. ^hDirectora del Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Introducción y objetivos

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

Pacientes derivados a hospitalización domiciliaria

Paciente	Equipo	Sexo	Edad (años)	Diagnóstico	Días Hospitalización convencional	Días HaD	Tratamiento HaD	Evolución	Otra información
1	HaDa	F	4	Otomastoiditis con trombosis del seno transversal y absceso epidural	20	9	Levofloxacino IV + Metronidazol IV	Alta sin secuelas	
2	HaDa	M	11	Osteomielitis y bacteriemia	8	4	Cefazolina IV infusión continua	Alta sin secuelas	
3	HaDa	M	12	Neumonía necrosante y absceso pulmonar	7	25	Ceftriaxona IV + Clindamicina VO	Alta sin secuelas	Pendiente IQ
4	HaDp	M	12	Neumonía necrosante, bulla pulmonar masiva y fístula broncopulmonar	15	3	Ceftriaxona IV	Alta sin secuelas	IQ decorticación por VATS
5	HaDp	F	4	Empiema cerebral	31	24	Ceftriaxona IV + Metronidazol VO	Alta sin secuelas	
6	HaDa	F	17	Apendicitis complicada con abscesos	16	8	Piperacilina-tazobactam IV	Reingreso para nueva IQ	Alta sin secuelas tras reingreso
7	HaDa	F	16	Apendicitis complicada con abscesos	13	5	Meropenem IV	Alta sin secuelas	IQ
8	HaDp	F	12	Infección craneoplastia	8	14	Cefazolina IV	Alta sin secuelas	Antibiótico supresor hasta 1 semana después de la IQ
9	HaDp	F	3	Neumonía necrosante y absceso pulmonar	11	16	Ceftriaxona IV	Alta sin secuelas	Hidroneumotórax
10	HaDp	M	13	Artritis de rodilla bilateral MR en paciente receptor de TPH	Actualmente hospitalizado (>110d)	130	Meropenem IV infusión continua	Reingreso	Múltiples IQ Enfermedad persistente

F: femenino; HaD: Hospitalización Domiciliaria; HaDa: Hospitalización Domiciliaria de adultos; HaDp: Hospitalización Domiciliaria pediátrica; IQ: intervención quirúrgica; IV: intravenoso; M: masculino; MR: microorganismo multirresistente; TPH: trasplante de progenitores hematopoyéticos; VATS: videotoracoscopia; VO, vía oral

Resumen

En la tabla anterior se describen las características de los pacientes incluidos. Todos presentaban infecciones complicadas que requerían tratamiento prolongado. La mediana de hospitalización en planta fue de 14 días (7-110) y en el domicilio de 12 días (3-130).

A pesar de la experiencia globalmente positiva de los profesionales, se identificaron inquietudes acerca de la falta de información sobre la evolución de los pacientes en HaD, la necesidad de revaloración por los facultativos responsables del centro de origen, la optimización de la duración de los tratamientos antibióticos y las vías de comunicación entre centros.

Conclusiones y comentarios

La HaD mejora significativamente la asistencia a nuestros pacientes y debe ser potenciada. La evolución de los pacientes ha sido positiva y las complicaciones observadas no están relacionadas directamente con su ingreso en el domicilio.

La revisión del circuito y de los pacientes ha revelado áreas de mejora, principalmente relacionadas con el cambio de equipo asistencial y centro de referencia.

La creación de un equipo HaD pediátrico en nuestro centro podría solucionar estos problemas. Alternativamente, se propone establecer vías de comunicación seguras y eficaces entre los equipos hospitalarios y domiciliarios, incluyendo revisiones periódicas por los especialistas implicados en cada caso.

Por otro lado, será esencial valorar la experiencia de los pacientes y sus familias mediante encuestas de satisfacción y una escucha activa de sus opiniones.



Análisis descriptivo de las bacteriemias en pediatría en los últimos 10 años

L. Rodríguez-Noriega Béjar 1, C. Martínez García 1, P. Martino Redondo 1, V. Courel del Río 1, J. Fernández Suárez 2, A. María Fernández Verdugo 2, M. Fernández Miaja 1, L. Calle Miguel 1
Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (1)
Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (2)

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

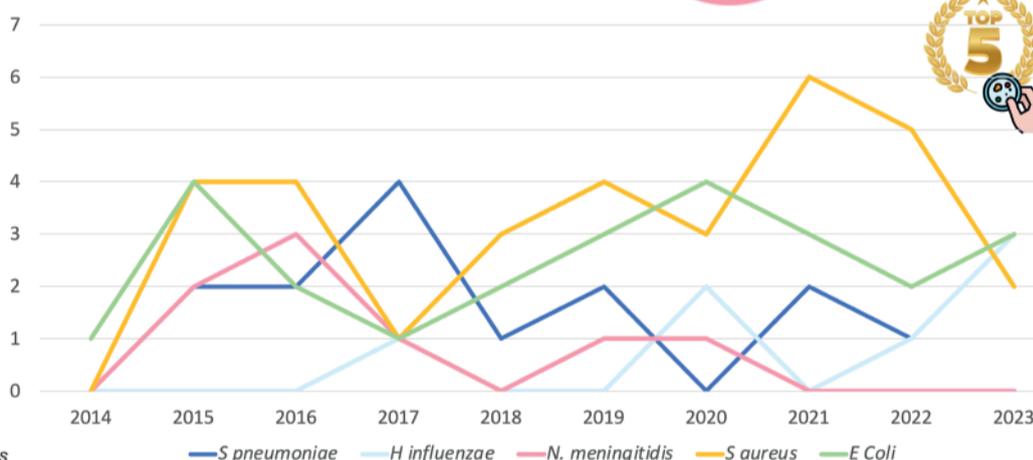
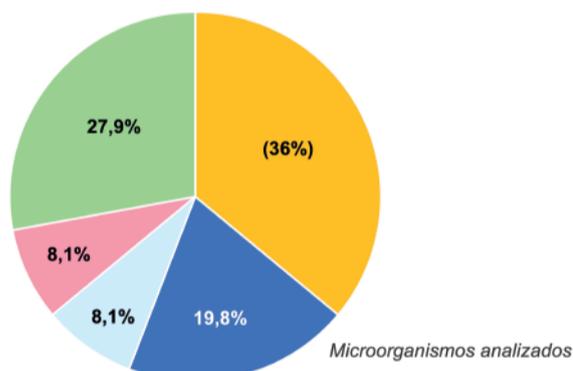
✓ Análisis retrospectivo de hemocultivos (HC) recogidos en pacientes pediátricos (<14 años; excluidos neonatales) entre 2014 y 2023 en el Hospital Universitario Central de Asturias.

✓ Se registró el primer resultado patológico por paciente y episodio clínico.

✓ Los HC positivos se clasificaron en patógenos confirmados (PC), patógenos potenciales (PP) y contaminantes comunes. ¹

✓ Se analizaron las bacteriemias por los microorganismos más frecuentes (86): *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*.

¹ Tran P, Dowell E, Hamilton S, Dolan SA, Messacar K, Dominguez SR, Todd J.. Open Forum Infect Dis. 2020 Jan 27;7(2):ofaa028



S aureus 31
S pneumoniae 17
H influenzae 7
N meningitidis 7
E coli 24

↓
1 MRSA
↓
1 BLEE

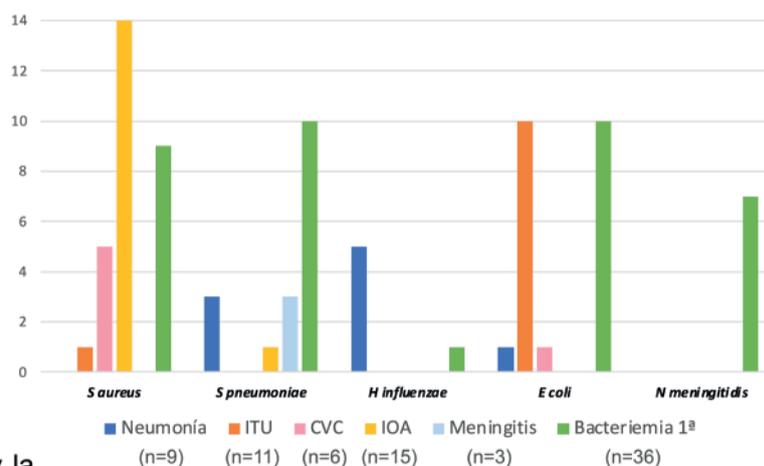
N. meningitidis: 5/7 serogrupo B (inmunización incompleta).

S. pneumoniae: 3/15 serogrupos incluidos en VCN13v, en 3 pacientes no vacunados.

FIEBRE	MEG	DIFICULTAD RESPIRATORIA
88,4%	24,4%	16,3%
PETEQUIAS	RELLENO CAPILAR > 3 seg	MENÍNGEOS +
14%	7%	3,5%

Mediana parámetros analíticos al ingreso: **9.370** leucocitos/mcl (RIC 4.505-16.915), PCR **5,1** mg/dl (RIC 2,2-11,1) y procalcitonina **1,6** ng/ml (RIC 0,2-7,4).

El **97,7%** precisó ingreso (23,8% Cuidados Intensivos) y la mediana de tiempo fue de **8,5 días** (RIC 5,8-15,5).



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



SHOCK HIPOVOLÉMICO DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

Moreno Herrera A, Esquivá Soto S, Rodríguez Sánchez A, Domingo Alemán P, Chicano Cazaña P, Donate Legaz, JM. Hospital universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

El **shock hipovolémico** se caracteriza por una insuficiencia circulatoria generalizada con perfusión tisular insuficiente para satisfacer las demandas de los órganos y tejidos vitales, como consecuencia de un volumen circulante inadecuado. La etiología puede ser múltiple y requiere un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos un caso de shock grave de etiología infrecuente.

CASO CLÍNICO

Lactante de 2 meses sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por deposiciones líquidas, vómitos y sensación distérmica. Es alimentado con lactancia artificial desde el nacimiento, con vómitos frecuentes y sensación de molestias abdominales durante las tomas, realizando varios cambios de fórmula artificial, sin mejoría.

Constantes: FC 140 lat/min, FR 60 resp/min, PA 100/74 mmHg, T^a 37.7°C, Sat O₂ 92%.

Exploración física: **TEP inestable por los tres lados**. Mal estado general, palidez cutánea, cutis reticular, relleno capilar de 4 segundos, quejido, obnubilado y fontanela anterior deprimida.

Ante **shock descompensado** se monitoriza, se inicia oxigenoterapia, se canaliza vía venosa periférica para expansiones de volumen e inicio de antibioticoterapia empírica con cefotaxima. Se extraen pruebas complementarias mostrando acidosis metabólica grave isonatrémica (pH 6.76, pCO₂ 30.9 mmHg, HCO₃ 4.4 mmol/L) y daño renal agudo estadio KDIGO 2 de etiología prerrenal. Precisa fluidoterapia con pérdidas estimadas del 10% y reposición de bicarbonato.

A los 5 días de ingreso, presenta crisis convulsiva, por lo que se realiza electroencefalograma (EEG) con actividad epileptiforme de localización centro-temporal, con actividad de fondo normal y RM en la que se observa leucopatía periventricular. Tras ello, se solicita estudio metabólico ampliado en sangre y orina normal. Presenta mejoría progresiva del cuadro hasta su normalización. En estudios analíticos destaca hiperamonemia leve y elevación de metahemoglobinemia. Al reiniciar fórmula de inicio presenta vómitos intermitentes y reinicio de diarrea. Se decide inicio de fórmula de arroz con normalización de la clínica. Control gasométrico y de amonio normal previo al alta. Estudios microbiológicos negativos. Control de EEG posterior normal.

Cumple criterios de **síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) crónico** con forma de presentación grave por lo que se remite a consultas de Gastroenterología. Actualmente excelente evolución ponderoestatural y de desarrollo psicomotor. Pendiente de provocación con proteína de leche de vaca en hospital de día.

CONCLUSIONES

Ante lactante con vómitos repetidos o diarrea cuando se ingiere un alimento sospechoso se debe pensar en FPIES. En casos grave puede dar lugar a deshidratación, acidosis metabólica e hipotensión, siendo necesario hacer **diagnóstico diferencial** con cuadros sépticos, entre otros. En el 40% de los casos es causado por la proteína de leche de vaca. El criterio diagnóstico más importante será la resolución de los síntomas tras la eliminación del alimento y la recurrencia de los síntomas tras su introducción.



NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

A. Suñé Aznárez, L. Fernández Vallespín, C. Donado-Mazarrón García, P. Arango Sancho, M. Fernández de Sevilla Estrach, J.J. García García.

INTRODUCCIÓN

Infección por *M. pneumoniae*

ManIFESTACIONES respiratorias y
extrarrespiratorias

afectación renal
es infrecuente

Nefritis tubulo-intersticial aguda (NTIA)

- Causa frecuente de fracaso renal agudo
- Pronóstico favorable pero incidencia en aumento
- Relacionada con reacciones inmuno-alérgicas a fármacos, infecciones, toxinas o vasculitis.

CASOS CLÍNICOS



Adolescente 12 años
Antecedentes: sobrepeso

Remitido por **insuficiencia renal aguda (IRA) no filiada**

- Astenia, cuadro gastrointestinal y pérdida ponderal

1 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS CENTRO EMISOR:

- **ANALÍTICA SANGUÍNEA:** Creatinina 1.2 mg/dL, FGR 48ml/min/1.73m², PCR 20 mg/dl. ANCA débilmente positivo
- **ANALÍTICA DE ORINA:** proteinuria en rango no nefrótico
- **ECOGRAFÍA RENAL:** sin alteraciones

Corticoterapia ev.

2 EVOLUCIÓN DURANTE INGRESO:

- IRA no filiada (creatinina máxima 2.07 mg/dL)
- Diselectrolitemias con acidosis metabólica que requieren correcciones ev.
- **BIOPSIA RENAL:** compatible con NTIA
- **SEROLOGÍAS:** IgG / IgM positivas *M. pneumoniae*

Corticoterapia ev + Azitromicina vo.

NTIA por *M. pneumoniae*
Buena evolución clínico-analítica



Adolescente 15 años
Sin antecedentes de interés

Remitido por **IRA no filiada y elevación de reactantes de fase aguda (RFA)**

- Reinicio de fiebre tras 2 semanas de completar tratamiento (amoxicilina-clavulánico, ibuprofeno y corticoterapia) por flemón periamigdalino

1 AL INGRESO:

- **ANALÍTICA SANGUÍNEA:** IRA y elevación RFA
- **ANALÍTICA DE ORINA:** leucocituria

Probable NTIA secundaria a tratamiento con ibuprofeno: rehidratación ev.

- **RX TÓRAX:** infiltrado bibasal y lóbulo medio con mínimos signos de derrame pleural bilateral

Ceftriaxona ev.

2 EVOLUCIÓN DURANTE INGRESO:

- Persistencia de fiebre y aparición de rash maculo maculo-papular e hiperemia conjuntival.
- **ANALÍTICA:** serologías bacterianas, marcadores de autoinmunidad y oncohematológicos negativos
- **BIOPSIA RENAL:** compatible con NTIA

Cuadro sugestivo de infección por *M.pneumoniae*, se inicia empíricamente azitromicina vo.

*Serologías *M. pneumoniae* previas al alta positivas

CONCLUSIONES

- La nefritis tubulo-intersticial aguda es una manifestación poco frecuente de la infección por *M.pneumoniae*.
- La presencia de IRA secundaria a NTIA, junto con serologías positivas para *M.pneumoniae*, puede ser útil para el diagnóstico.
- La evolución clínico-analítica tras el inicio del tratamiento específico sugerirán una relación causal.
- Es importante descartar otras etiologías (deshidratación, shock, fármacos, procesos onco-hematológicos y reumatológicos).



Temporada epidémica VRS 2023/2024 ¿Cómo ha ido en nuestro centro?

Introducción y objetivos:

Durante el otoño/invierno de 2023/2024 se llevó a cabo en todas las comunidades autónomas la primera campaña de inmunización para virus respiratorio sincitial (VRS) con Nirsevimab en población pediátrica nacida entre 1 de abril de 2023 y 31 de marzo 2024, realizándose a nivel hospitalario en los recién nacidos del 2 de octubre al 31 de marzo.

Los objetivos de este trabajo son conocer en nuestro centro la tasa conseguida de inmunización con Nirsevimab y describir cómo se ha modificado la actividad asistencial en urgencias y hospitalización por infección respiratoria de vías bajas (IRVB) e infección por VRS en temporada epidémica de 2023/2024 (de octubre a marzo) respecto a temporada previa.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo con obtención de datos codificados en programa informático SAP.

Resultados:

❖ Tasa de inmunización:

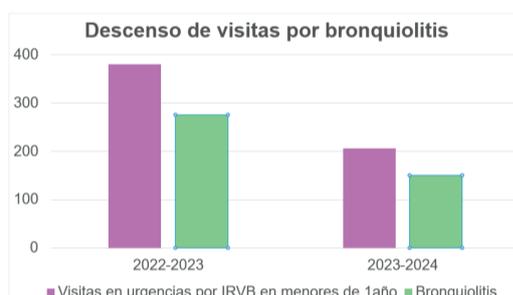
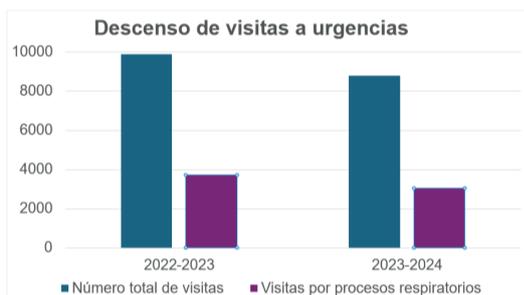
- De los recién nacidos entre el 2 de Octubre de 2023 i el 31 de Marzo de 2024 en nuestro centro el 78,5% reciben inmunización con Nirsevimab. No se han reportado en estos recién nacidos efectos adversos relacionados con la inmunización.

Tasa de inmunización con Nirsevimab



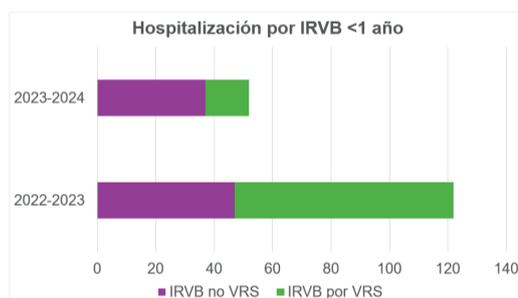
❖ Actividad asistencial en Urgencias

- Se observa un descenso global de pacientes entre 0 y 15 años atendidos en urgencias a expensas de disminución de las visitas por patología respiratoria.
- Dado que en el servicio de urgencias no se determina de forma sistemática la presencia de VRS en procesos respiratorios no se puede analizar la carga real de procesos respiratorios por VRS. Seleccionando los diagnósticos de IRVB (bronquitis, bronquiolitis y neumonía) en menores de un año se aprecia un descenso del 46 % en el número de visitas por este motivo. Pasando de 275 visitas con diagnóstico de bronquiolitis a 150 visitas.



❖ Actividad asistencial en Hospitalización

- Se aprecia un descenso del 58% en los ingresos hospitalarios por IRVB en menores de 1 año.
- En hospitalización de pacientes con IRVB menores de 1 año se determina de forma sistemática la presencia de VRS mediante antígeno o técnica de PCR de muestra obtenida por aspirado nasofaríngeo. La temporada epidémica 2022/2023 ingresan 122 pacientes menores de un año con IRVB, 75 de ellos con determinación positiva para VRS. En la temporada epidémica 2023/2024 ingresan 52 pacientes menores de un año con IRVB, 15 de ellos con determinación positiva para VRS. Esto supone un descenso del 80% en los pacientes menores de un año ingresados por IRVB con determinación positiva para VRS.



- Los traslados de menores de un año con IRVB por VRS candidatos a UCIP por complicaciones o necesidad de soporte respiratorio con VNI ha reducido de 9 a 3.

Conclusiones:

Durante la temporada epidémica de VRS 2023/2024, coincidente con la campaña de inmunización de VRS, en nuestro centro, hemos obtenido una tasa de inmunización del 78.5%. La carga asistencial a nivel de urgencias por IRVB ha reducido de forma considerable respecto a la temporada previa, llegando a una reducción del 46% en las visitas a urgencias por IRVB. A nivel de hospitalización han reducido de forma global los ingresos por IRVB en menores de 1 año a expensas de una reducción del 80% de las IRVB asociadas a VRS.



¿OBSTRUCCIÓN O PSEUDO-OBSTRUCCIÓN? ESA ES LA CUESTIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO EN NIÑA CON TRISOMÍA 18 EN MOSAICO.

Alicia Fernández González¹, Juan José Escalonilla García¹, Emilia Rubio Atienza¹, Irene Minguez Paz¹, César Sánchez Sánchez², María del Carmen Miranda Cid², Blanca Toledo del Castillo¹, Jimena Pérez Moreno¹

1. Sección Pediatría Interna Hospitalaria. 2. Sección Gastroenterología y Nutrición Infantil. HGU Gregorio Marañón.

INTRODUCCIÓN

Los cuadros clínicos de obstrucción/pseudo-obstrucción intestinal requieren un amplio diagnóstico diferencial, siendo claves los antecedentes personales y quirúrgicos.

CASO CLÍNICO



Niña de 9 años con antecedentes de **trisomía 18 en mosaico** y **retraso psicomotor grave**. No antecedentes de patología digestiva o estreñimiento previos

INGRESO

Vómitos + estreñimiento + marcada distensión abdominal + deshidratación



TAC abdominal: **obstrucción intestinal** en **asa cerrada** con severa dilatación colónica y signos de **sufriamiento intestinal**

Laparotomía exploratoria: **no se visualiza vólvulo**. **Marcada dilatación en sigma** realizándose **sigmoidostomía de descarga**

Analítica: anodina
Rx abdomen: importante **distensión de asas** intestinales

SEGUIMIENTO

4 Episodios posteriores sugestivos de **pseudoobstrucción** manteniendo **tránsito espontáneo Bristol 7**



- **Sondaje + enema** por **sigmoidostomía**
- Descompresión manual
- Manejo ambulatorio macrogol + dieta

REINGRESO

Episodio obstructivo sin tolerancia oral + **hipopotasemia 2.4 mmol/L** con alteración repolarización + **deshidratación** con daño renal KDIGO I

Estudio hormonal e infeccioso de **dismotilidad intestinal**: negativo
Tránsito digestivo: **peristaltismo aumentado en intestino delgado y colon muy dilatado**, pero con salida final de contraste por ostomía.



- **Sondaje nasogástrico** mantenido y en **sigmoidostomía** para aliviar distensión abdominal
- Inicio **nutrición parenteral** total ciclada

Evolución tórpida con persistencia de intolerancia oral y distensión abdominal y **complicaciones**:

- Desnutrición aguda
- Sobrecrecimiento bacteriano intestinal
- Sepsis por bacteriemia relacionada por coagulasa negativo y trombosis venosa relacionada con catéter venoso central

Laparotomía diagnóstica: evidencia de **hernia interna en defecto de mesocolon**. Se realizó reducción de hernia y resección colónica con anastomosis término-terminal

ACTUALIDAD

Tolerancia oral completa sin incidencias
No nuevos episodios obstructivos

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Los trastornos gastrointestinales y los cuadros obstructivos (mecánicos tipo vólvulo o funcionales) están descritos en los pacientes con trisomía 18. En nuestro caso, estos antecedentes personales junto con la sospecha de cuadro funcional derivaron en un retraso diagnóstico y terapéutico que ocasionó complicaciones nutricionales, infecciosas y hematológicas.

Es fundamental un manejo intensivo y coordinado con cirugía en estos cuadros para establecer un plan diagnóstico y terapéutico adecuado al paciente y evitar complicaciones.



LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA PEDIÁTRICA: NO OLVIDEMOS LO FRECUENTE

Del Santo Fernández P, Ortega Varga S, Trujillo Caballero L, Vivó Porcar V, El Uardani Mohammed A
Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **hemorragia digestiva alta (HDA)** se define como aquella cuyo origen se localiza **por encima del ángulo de Treitz**. Puede manifestarse en forma de **hematemesis, melenas o sangre oculta** en heces. Existen diversas causas, siendo las más frecuentes: la esofagitis, la úlcera duodenal, la gastritis y las varices esofágicas. Es una **entidad infrecuente** si bien puede tener **consecuencias potencialmente graves**.



Objetivos:

- Destacar el algoritmo diagnóstico de la HDA.
- Identificar las principales causas y síntomas de alarma.
- Enfatizar la comunicación con las familias para asegurar el adecuado cumplimiento terapéutico.

CASO CLÍNICO

Varón de 13 meses, de origen marroquí, sin antecedentes personales ni familiares de interés.
¡ Destacar importante barrera idiomática con familiares !



PRIMER INGRESO: Fiebre de 24h de evolución + mucosidad + melenas --> EF: ruidos transmitidos de vías altas y aspecto desnutrido.

Pruebas complementarias:

Sangre	Anemia microcítica e hipocroma (Hb 5.9g/dl), leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, déficit de vitamina D, hipoalbuminemia y ferropenia.
Microbiología	PCR de Adenovirus y Metapneumovirus positivas, IgM e IgG de VHS 1,2 POSITIVAS .
Radiografía de abdomen en bipedestación	Dilatación generalizada de asas intestinales, no aire ectópico.
EDA	Datos macroscópicos de ESOFAGITIS DISTAL . Se toman biopsias.

Tratamiento en Planta: Oxigenoterapia, antibioterapia empírica, Aciclovir, Famotidina, vitamina D3, soporte nutricional, transfusión de concentrado de hematíes (Hb 5.9g/dl-->11.4g/dl).

Diagnóstico: **Infección respiratoria por Adenovirus y Metapneumovirus + Anemia secundaria a HDA por**

¿ERGE?

Domicilio: **Omeprazol**, vitamina D3, ferrotterapia, soporte nutricional.
Cita en Consulta de Digestivo Pediátrico. Pendiente de resultados de biopsia de mucosa esofágica.

¿Esofagitis herpética?

Un mes después...

SEGUNDO INGRESO: **Hematemesis + melenas de 72h** de evolución --> EF: palidez de piel y mucosas, taquicardia, decaimiento. **ALARMA**

Se repite EDA: cardias incompetente, **esófago distal cubierto de fibrina, hernia hiatal** con prolapso de mucosa gástrica hacia cardias --> AP: hallazgos compatibles con ERGE. No se evidencia VHS en biopsia esofágica.

Diagnóstico: **ERGE severa + Hernia de hiato.**

Tratamiento: Transfusión de concentrado de hematíes + **IBP orales** + indicación de **Cirugía antirreflujo preferente**.

Complicación: **Trombosis de vena basilar derecha** tras canalización de vía venosa. Manejo conservador ante contraindicación de HBPM dada la HDA.

Tras hablar nuevamente con la familia, nos comunicaron síntomas compatibles con ERGE presentes desde los primeros meses de vida, no mencionados anteriormente. Además, el paciente **no había estado tomando el tratamiento con Omeprazol prescrito tras el primer ingreso**, porque la familia no había entendido bien las indicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La HDA es una patología infrecuente pero debe tener un **diagnóstico precoz** ya que puede ser **causa de inestabilidad hemodinámica y shock hipovolémico** en el paciente pediátrico.
- La esofagitis herpética puede ser causa de HDA, si bien es poco frecuente en la edad pediátrica y más típica de pacientes inmunocomprometidos. Siempre debemos pensar en las **etiologías más habituales como la ERGE y la gastritis**.
- La **pruebas complementarias de primera línea** a realizar son: analítica con perfil férrico y coagulación, sangre oculta en heces y radiografía de abdomen en bipedestación. La prueba de elección es la endoscopia digestiva alta en las primeras 24 horas.
- Destacar la importancia de asegurar una **buena transmisión de nuestra información a los familiares y pacientes**.



Recordad que el primer paso para alcanzar un diagnóstico certero, es una **buena y completa anamnesis**





DIAGNÓSTICOS INESPERADOS CON LA ECOGRAFÍA



Galices García, M.; Risquete García, R.; Quirós Nieto, B.; Baranguá Gómez-Calero, P.; Lara García, M.; Marín Patón, M.; Jiménez Moya, A.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.



La **ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA (EPC)** es una prueba **segura rápida, fiable, no invasiva y de bajo coste**. Destacamos la importancia de la **EPC** como complemento a la anamnesis y a la exploración clínica, presentando **cuatro casos** de hallazgos casuales con repercusiones importantes sobre nuestros pacientes.



CASOS CLÍNICOS

1- Niño de 13 años ingresado para estudio de **un síndrome febril de larga evolución**. En la EPC, cardíaca y abdominal, se observa: **quiste esplénico**.



2- Lactante de 22 meses ingresado por **broncoespasmo**. Se realiza EPC, se observa: **quiste esplénico**.



3- Lactante de **2 meses** que acude por **estreñimiento**. En la exploración se detecta un soplo sistólico, por lo que se le realiza una ecocardiografía, observándose una dilatación de las vías biliares. Realizamos una ecografía abdominal se visualiza: quiste en la vía biliar, la colangio resonancia confirma un **quiste de colédoco tipo IV**.



4- Niña de 6 años ingresada por **broncoespasmo** a la que se realiza una EPC. En el plano subxifoideo, se observó un riñón derecho aumentado de tamaño acompañado de hidronefrosis. Se confirma con una ecografía abdominal reglada y un TAC abdominal: **hidronefrosis grado IV** por una litiasis en la unión pieloureteral.



CONCLUSIÓN

La necesidad de **incluir la EPC** en el currículum formativo del pediatra en formación y adjuntos. Es importante destacar que la EPC debe servir para **complementar la valoración clínica y responder a cuestiones concretas** de importancia en el manejo del paciente, sin pretender sustituir una evaluación ecográfica dirigida por parte del cardiólogo o radiólogo cuando sean necesarias.



Pancitopenia por Parvovirus B19 en un paciente con alfa talasemia intermedia

Carla Fernández de Retana Leris, Emma Freijo Vázquez, Guillem Brullas Badell, Montserrat Messegué Meda, Maria Melé Casas
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La infección por Parvovirus B19 (PVB19) es frecuente en Pediatría y suele presentar un curso benigno y autolimitado. En pacientes con anemias hemolíticas (drepanocitosis, esferocitosis, talasemias, etc.) puede presentarse como una crisis aplásica transitoria, asociando fiebre, malestar y mialgias y/o sin exantema. En pacientes con condiciones predisponentes a anemia (insuficiencia renal o enfermedades inflamatorias), la infección no suele provocar una crisis aplásica, aunque puede prolongar la recuperación de la anemia.

RESUMEN DEL CASO



Niño de 9 años

ANTECEDENTES

- Alfa talasemia intermedia / Hemoglobinopatía H

MOTIVO DE CONSULTA

- Fiebre
- Mialgias
- Ambiente epidemiológico: hermano con los mismos antecedentes (alfa talasemia intermedia) presentó fiebre, exantema y anemia 2 semanas antes, requiriendo ingreso hospitalario y transfusión de hematíes

EXPLORACIÓN FÍSICA

-Palidez cutánea sin exantema ni esplenomegalia. Resto normal.

ACTITUD EN URGENCIAS

- **Análítica sanguínea** → **anemia microcítica regenerativa** pero sin aumento de reticulocitos respecto a sus basales + **neutropenia grave** + **plaquetopenia leve** + **elevación de la procalcitonina** (Tabla)
- Se solicita **PCR PVB19** debido a pancitopenia y ambiente epidemiológico + **Hemocultivo** → pendientes
- **Transfusión de hematíes**
- **Ingreso hospitalario** en tratamiento con piperacilina-tazobactam (dada neutropenia febril + elevación de PCT a la espera de resultados)

EVOLUCIÓN

- Durante el ingreso → afebril y clínicamente estable
- Tras 24h → **control analítico** → mejoría de la anemia post transfusión pero disminución de la cifra de reticulocitos y neutropenia (Tabla)
- Hemocultivo negativo
- **PCR PVB19** → , >999999 copias

Se orienta como **CRISIS APLÁSICA DE LAS TRES SERIES HEMATOPOYÉTICAS EN INFECCIÓN AGUDA POR PVB19**

ALTA + control analítico en 7 días → disminución de la hemoglobina y los reticulocitos (Tabla)

	Basal	Urgencias	Hospitalización +24h	Control +7d
Hb (g/dl)	8.7	6.5	8.6	7.7
VCM (fl)	64	65	71	68
Leuc (/mmcc)	3600	1000	2000	6400
Linf (/mmcc)	1700	500	1100	1600
N (/mmcc)	1600	300	500	3900
Plaq (/mmcc)	207000	117000	87000	245000
PCT (ng/ml)	/	0.72	0.39	/
PCR (mg/L)	/	14.2	4.8	0.3
Retic (%)	11.3	10.3	6.7	2.4
Brub total (mg/dl)	2	2,2	2	1,7
Brub conj (mg/dl)	0.4	0.3	0.4	0.5
LDH (UI/L)	755	812	974	889
Haptogl (UI/L)	/	<80	<80	<80
ALT (UI/L)	13	22	/	/
AST (UI/L)	30	/	/	/
Creat (mg/dl)	0.6	0.46	/	/

Tabla. Valores analíticos del paciente.

CONCLUSIONES

- La infección por **Parvovirus B19** es **común en la población pediátrica** y generalmente se presenta de manera **benigna y autolimitada**. Sin embargo, en **niños con antecedentes de anemias hemolíticas**, puede desencadenar **crisis aplásicas transitorias**. Por lo tanto, es importante la **identificación precoz** de dicho virus, permitiendo diferenciar entre una crisis aplásica y otras posibles causas de la anemia.
- Este caso resalta la **necesidad de un alto índice de sospecha** para infecciones virales como el Parvovirus B19 en pacientes con anemias preexistentes, así como la importancia de un **manejo adecuado y seguimiento** para prevenir complicaciones adicionales.