

Reunión científica Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 19 de octubre de 2023: Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de Álava. Vitoria-Gasteiz

*Euskal Herriko Pediatria
Elkartearen bilera zientifikoa.
2023ko urriaren 19a:
Arabako Medikuen Elkargo
Ofizialeko Ekitaldi Aretoa.
Vitoria-Gasteiz*

ABSTRACT PRESENTADOS COMO DEFENSA ORAL

MEDIASTINITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS POSTOPERADOS CARDIACOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS 13 AÑOS. **N. Martínez Miñambres, A. Martínez Etxaniz, M. Ortega del Río, E. Pérez Estévez.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Introducción. La mediastinitis es una complicación grave de la cirugía cardiotorácica pediátrica. Los factores de riesgo para el desarrollo de la misma están poco definidos en la literatura, aunque se sugieren el tiempo prolongado de cirugía, edad menor de un año y duración de cables epicárdicos como posibles factores de riesgo.

Objetivo. Definir las características clínicas de los pacientes pediátricos postoperados de cirugía cardiovascular diagnosticados de mediastinitis en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos (entre 1 mes y 18 años) que se sometieron a cirugía cardiovascular entre 2010 y 2022.

Resultados. Se incluyeron 19 pacientes con mediastinitis (definida por *Centers for Disease Control and Prevention* [CDC] como infección que afecta al mediastino o al esternón), que corresponde al 2% de las cirugías cardíacas realizadas en ese periodo.

Once pacientes (57%) eran varones. Un 57% menores de un año, con una mediana de edad de 14 meses. Cuatro (21%) presentaban síndrome genético. Un 45% habían sido sometidos previamente a una cirugía cardíaca y un 20% eran portadores de material protésico.

El 45% presentaban una cardiopatía cianógena, siendo la tetralogía de Fallot la más prevalente.

El 58% padecían una cardiopatía de riesgo 2 en la escala RACHS-1, permaneciendo en circulación extracorpórea una media de 122 minutos con un tiempo de isquemia de 59 minutos.

El 100% de los pacientes recibieron profilaxis antibiótica, siendo la cefuroxima el antibiótico empleado en 18 de los 19 pacientes.

De estos, en el 57% de los casos se administró durante al menos 48 horas.

Diez de los 19 precisaron transfusión de hemáties en el postoperatorio, siendo necesarias más de 3 en el 32% de los mismos. La mediana de permanencia de los cables epicárdicos fue de 6 días.

En el 84% de ellos se aisló germen causante, siendo en el 44% los gram-negativos, con una mediana de 8 días desde la cirugía hasta el diagnóstico. Vancomicina y ceftazidima fue la antibioterapia empírica iniciada, desescalando posteriormente a terapia dirigida manteniéndolo durante una mediana de 40 días.

Quince (79%) precisaron limpieza quirúrgica: en 2 se realizó un drenaje superficial, 6 drenaje en quirófano y en 7 (47%) una combinación de ambas.

La mortalidad alcanzó un 21%.

Conclusión. La incidencia de mediastinitis en postoperados cardíacos de nuestro centro es similar a la descrita en la literatura. Se proponen como áreas de mejora revisar diariamente la necesidad de mantener cables epicárdicos y replantear el protocolo de profilaxis antibiótica.

EL NIÑO RONCADOR. **A. Gabilondo Loizate¹, N. Rodríguez Cano¹, M. Mikelarena Erdozain¹, I. Astaburuaga Ereña¹, M. Villar Álvarez².** *¹Servicio de Pediatría, ²Sección de Neumología Infantil. Hospital Universitario Basurto, Bilbao.*

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una entidad frecuente en Pediatría que ocurre entre el 2-5% de la población infantil. Se caracteriza por episodios de obstrucción parciales o completos de las vías respiratorias superiores durante el sueño, lo que conlleva una ausencia parcial o total de flujo aéreo de duración mayor al doble del de un ciclo respiratorio normal. Esto provoca alteraciones en el intercambio gaseoso y, en consecuencia, disrupciones durante el sueño. Cada vez hay mayor evidencia de que los desórdenes del sueño, entre los cuales se encuentra esta entidad, interfieren en el desarrollo biopsicosocial del niño, pudiendo acarrear consecuencias relacionadas con el neurodesarrollo y en casos más severos, complicaciones cardiovasculares. El diagnóstico es

frecuentemente tardío, por lo que es importante sospecharlo, ya que el diagnóstico temprano podría disminuir dichas comorbilidades y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Presentamos el caso de un niño de 4 años que ingresa desde el Servicio de Urgencias para estudio de posibles convulsiones. Describían episodios breves de pérdida de tono global, sin periodo postcrítico en los que cerraba los ojos o los mantenía semiabiertos, sin realizar movimientos paroxísticos, ni cambio de coloración o sudoración, de un mes de evolución. No se identificaba ningún desencadenante previo. Destacaban que en los últimos meses alternaba periodos de hipoactividad y mayor somnolencia diurna con momentos de hiperactividad, déficit de atención e incluso de euforia. Contaban ronquidos habituales desde hacía 2 años en más del 50% de los días, dificultad respiratoria, apreciando pausas respiratorias durante unos segundos con reentrada ruidosa, sueño inquieto, sudoración nocturna y postura en hiperextensión durante el sueño. Dada la sospecha clínica y exploración física compatible (amígdalas hipertroficadas III/IV), se realizó una poligrafía nocturna en la que se objetivó AOS muy severo (Índice de Eventos Respiratorios Obstructivos: 38), explicando los síntomas tanto diurnos como nocturnos. Posteriormente, se realizó una adenoamigdalectomía con una marcada mejoría clínica y poligrafía de control normal.

En conclusión, es importante el diagnóstico y tratamiento precoz del AOS con el fin de evitar sus complicaciones a corto y largo plazo y mejorar la calidad de vida de los niños que lo padecen.

TROMBOCITOPENIA INMUNE NEONATAL, UN RETO DIAGNÓSTICO. N. Morillas Martínez¹, M. Ferrer Arriazu¹, E. Martínez Fernández¹, A. Rodríguez Serna¹, A. Miguelez Velasco¹, I. Astigarraga Aguirre². ¹Sección de Neonatología, ²Sección de Onco-Hematología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. La trombocitopenia inmune neonatal es una causa relativamente frecuente

de trombocitopenia neonatal, especialmente en el caso de trombocitopenias severas. Se debe al paso transplacentario de anticuerpos antiplaquetarios maternos que destruyen las plaquetas del recién nacido (RN). Dentro de la trombocitopenia neonatal inmune incluimos la trombocitopenia neonatal aloinmune (NAIT) y la trombocitopenia neonatal autoinmune.

Descripción del caso. En octubre de 2022 ocurren 4 casos de trombocitopenia neonatal inmune. Tres RN presentan petequias y equimosis al nacimiento, realizándose un hemograma que confirma una trombocitopenia (plaquetas 7.000/μl, 5.000/μl, 68.000/μl). El otro caso es un RN que ingresa por distrés y en el que se halla de forma casual una trombocitopenia (16.000 plaquetas/μl).

La madre de un caso presentaba el antecedente de trombocitopenia inmune primaria tratada con esplenectomía, diagnosticándose a este RN de trombocitopenia neonatal autoinmune. Recibe una dosis de inmunoglobulinas intravenosas que precisa repetir a la tercera semana de vida.

El resto de casos no presentan antecedentes materno-obstétricos de interés. Se confirma el diagnóstico de NAIT tras demostrar la presencia en suero materno de anticuerpos antiplaquetarios incompatibles con los antígenos plaquetarios de los RN. Todos precisan transfusiones de plaquetas, dos casos reciben plaquetas de donante seleccionado.

Todos los casos sintomáticos presentan únicamente sangrado cutáneo sin hemorragia intracraneal ni otros sangrados mayores. Todos normalizaron la cifra de plaquetas en los primeros meses de vida.

Discusión. Se debe considerar el diagnóstico de trombocitopenia neonatal inmune en los RN con trombocitopenias severas.

El diagnóstico de trombocitopenia neonatal autoinmune es clínico cuando un RN con trombocitopenia nace de una madre con trombocitopenia u otra patología autoinmune. Se debe al paso transplacentario de autoanticuerpos maternos que atacan las plaquetas maternas y del RN.

La NAIT se debe al paso transplacentario de aloanticuerpos maternos que atacan los

antígenos plaquetarios del RN que hereda del padre. Se diagnostica mediante la tipificación de antígenos plaquetarios de los padres y del RN y la demostración de aloanticuerpos antiplaquetarios maternos.

Conclusión. La recogida de los antecedentes maternos de trombopenia inmune primaria y de esplenectomía es importante para establecer la sospecha diagnóstica de trombopenia neonatal autoinmune, incluso en madres con plaquetas normales en el momento del parto. Los estudios específicos de antígenos plaquetarios en el recién nacido y sus progenitores son necesarios para diagnosticar la NAIT y para ofrecer una terapia transfusional adecuada.

En algunos recién nacidos se debe ampliar el diagnóstico diferencial para descartar otras causas como infecciones congénitas o síndromes asociados que cursan con trombopenia. En todos los pacientes pediátricos y especialmente en los neonatos se debe asegurar una adecuada extracción y procesamiento de las muestras sanguíneas, para evitar errores en el conteo automatizado de las cifras de plaquetas.

“VEO DOBLE”: UN SÍNTOMA CON MÚLTIPLES CARAS. E. Lejarzegi Anakabe, I. Serrano Pejenaute, A. Nadal i Sala, A. Lekuona Serrano, D. Sandin Fernández, M. Imaz Murguiondo. *Pediatriako zerbitzua, Zumarragako Ospitalea, OSI Goierri-Urola Garaia.*

Antecedentes y objetivos. Las causas más frecuentes de diplopía binocular en la edad pediátrica son los estrabismos no paralíticos, los traumatismos y las paresias oculomotoras. La instauración aguda de la diplopía, el papiledema y la afectación de nervios oculomotores orientan a patología orgánica. El objetivo es mostrar el amplio diagnóstico diferencial de la diplopía aguda.

Metodología. Se presentan 3 casos de pacientes pediátricos con diplopía aguda como motivo de consulta con diferentes diagnósticos, tratamientos y pronóstico.

Resultados:

Caso 1: Varón de 6 años sano con episodio de diplopía y endotropía derecha de 4 horas de evolución. Fondo de ojo normal con paresia de

VI par craneal. En TAC urgente con contraste presenta imagen pseudonodular de 22 mm en IV. ventrículo y en RMN cerebral se objetiva malformación de Chiari tipo I que condiciona compresión medular a nivel de C2-C3. Se realiza intervención quirúrgica, manteniéndose posteriormente asintomático.

Caso 2: Varón de 11 años con antecedente de epilepsia de ausencias y obesidad que presentaba diplopía y endotropía derecha de 3 días de evolución. Exploración oftalmológica con papiledema bilateral moderado-grave y agudeza visual de 0,8, sin otra focalidad neurológica. TAC cerebral normal y RMN con signos indirectos de hipertensión intracraneal. Punción lumbar con presión de apertura > 50 cmH₂O y líquido cefalorraquídeo normal. Se inicia tratamiento con acetazolamida con mejoría clínica y disminución de papiledema.

Caso 3: Varón de 12 años sano con cefalea, diplopía y vómitos matutinos de una semana de evolución. En la exploración física se objetiva papiledema bilateral moderado-grave, nistagmo horizontal en abducción y marcha en tándem inestable. En TAC y RMN craneal se objetiva hidrocefalia obstructiva secundaria a tumoración de 3,7 x 3,8 x 3,3 cm en el cuarto ventrículo. Se realiza escisión quirúrgica del tumor. Anatomía patológica compatible con meduloblastoma, con lo que se programa tratamiento oncológico.

Conclusiones. La diplopía aguda en la edad pediátrica puede tener múltiples etiologías. Ante un paciente con diplopía aguda, las pruebas de imagen son a menudo imprescindibles, sin embargo, la anamnesis completa y la exploración física neuro-oftalmológica son la pieza clave para realizar un adecuado diagnóstico diferencial y orientar las pruebas complementarias.

“DOCTOR, NO ME RESPONDEN LAS PIERNAS”. A PROPÓSITO DE UN CASO. P. Ivorra González, E. Arruti Onaindia, E. Jauregui Benito, S. García de Ulate Urdapilleta, A. García Oguiza. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba.

Introducción. La parálisis flácida aguda (PFA) se caracteriza por disminución o

pérdida de fuerza y tono muscular de una o más extremidades, de instauración rápida. La causa más frecuente en pediatría es el síndrome de Guillain-Barré, aunque existen múltiples afectaciones a otros niveles del sistema nervioso que pueden cursar con una clínica similar.

Entre estas entidades se encuentran: la mielitis, la miositis, la neuritis traumática, enfermedades desmielinizantes; algunos tóxicos organofosforados, así como agentes infecciosos, como: el poliovirus, el enterovirus o el virus del Nilo. Una minuciosa historia clínica, así como correcta exploración física, son fundamentales para poder orientar un diagnóstico correcto.

Caso clínico. Niña de 13 años que presenta debilidad de miembros inferiores (MMII) de 2 horas de evolución. Refiere que estando jugando al voleibol, ha notado un calambre a nivel lumbar, sin previo movimiento brusco ni traumatismo. Posteriormente se ha ido a su domicilio con “sensación de pesadez” en miembros inferiores. En domicilio, sufre caída repentina con pérdida de fuerza de ambas piernas, sin permitirle deambular ni permanecer en bipedestación desde ese momento. Como único antecedente: infección por coronavirus SARS-CoV-2 la semana previa.

Exploración física en Urgencias: hipotonía marcada en ambos MMII, simétrica, con arreflexia de rotulianos y aquileos bilateral. Parestesias con hipoestesias a nivel anterior de MMII con dudoso nivel suprapatelar; a nivel posterior ascienden hasta tercio medio de muslo. No posibilidad de deambulación. No pérdida de control de esfínteres. Analítica sanguínea incluyendo tóxicos y serologías; coprocultivo y virus en heces: negativos. Punción lumbar: LCR, bioquímica, citología, GRAM, cultivo aerobio y virus: negativos. PCR SARS-CoV-2 de exudado nasofaríngeo positivo. Se ingresa con sospecha inicial de síndrome de Guillain-Barré.

En las siguientes 24 horas presenta progresión de la clínica, con parálisis hasta glúteos, nivel sensitivo femoral anterior y glúteo posterior, arreflexia rotuliana y aquilea y pérdida de sensibilidad genital/anal con globo vesical. Se realiza RM urgente de columna: mielopatía no

compresiva, probable inflamatoria, afecta de manera generalizada al cono medular y más focal en cordón posterolateral derecho T9-T10.

Se traslada a UCIP. Ante probable mielitis transversa se inicia tratamiento con bolos de corticoides intravenosos a dosis altas, posteriormente plasmaféresis y gammaglobulinas. Se amplía estudio de enfermedades desmielinizantes, siendo negativo. Permanece estable, sin progresión de la clínica, pero sin clara mejoría con los tratamientos. Es dada de alta con seguimiento multidisciplinar.

Comentario. La mielitis es una causa de PFA en la que destaca la neuroimagen urgente para su diagnóstico y tratamiento precoz.

EPISODIOS BREVES RESUELTOS INEXPLICABLES EN LACTANTES: DIFICULTADES EN SU CORRECTA IDENTIFICACIÓN. L. Serrano Costa, J. Balentziaga Ibarlucea, C.L. Fernández Traba, A. Fernández Landaluze, S. Mintegi Raso. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. Durante el primer año de vida los lactantes pueden presentar episodios breves de aparición brusca consistentes en cambios de coloración, tono, respiración o consciencia. Estos episodios suelen preocupar a los cuidadores y no es raro que las familias consulten en los servicios de urgencias. En 2016, la Academia Americana de Pediatría publicó una guía de práctica clínica con objeto de identificar a los lactantes con episodios breves resueltos inexplicables (EBRI) con mayor riesgo de padecer una patología grave o repetir nuevos episodios. El sistema de triaje canadiense adaptado a pediatría dispone de 4 códigos para clasificar a estos pacientes. Para nuestro conocimiento, no se ha analizado el rendimiento de este sistema de triaje para identificar correctamente a estos niños a su llegada a un servicio de urgencias pediátrico (SUP).

Objetivo. Analizar el rendimiento del sistema canadiense de triaje para identificar correctamente los lactantes con EBRI.

Metodología y resultados. Estudio retrospectivo analítico unicéntrico de lactantes con

criterios compatibles con EBRI en el SUP de un hospital terciario entre 2017 y 2021. Se incluyeron los pacientes triados según el sistema canadiense con motivos de consulta compatibles con EBRI y los pacientes con diagnósticos que pudieran corresponder a EBRI, independientemente de su clasificación en triaje.

Triaje adecuado: pacientes clasificados en triaje con motivos de consulta del sistema canadiense compatibles con EBRI y que, finalmente, correspondieron a un EBRI.

Triaje inadecuado: a) pacientes clasificados con motivos de consulta compatibles con EBRI y que finalmente no correspondieron a un EBRI. b) Pacientes con diagnóstico que pudiera corresponder a EBRI y no clasificados con los motivos de consulta compatibles.

Durante este periodo consultaron en el SUP 32.806 lactantes menores de 1 año, de los cuales 49 correspondieron a EBRI, 2 de ellos con patología grave (epilepsia focal y apnea central). A la llegada a Urgencias, 452 lactantes fueron clasificados con motivos de consulta compatibles con EBRI.

De los 49 pacientes con EBRI, 41 tuvieron un triaje adecuado (incluyendo los 2 con patología grave) y 8 tuvieron un triaje inadecuado (S: 84%, E: 99%, VPP: 9%, VPN: 99%).

De los 452 clasificados en triaje con motivos de consulta compatibles con EBRI, 411 (91%) tuvieron un triaje inadecuado.

Conclusiones. El sistema canadiense de triaje adaptado a pediatría presenta limitaciones para identificar adecuadamente a los niños con BRUE. Son necesarios estudios multicéntricos que confirmen estos hallazgos.

UN PROYECTO DE INSEPARABILIDAD MATERNOFILIAL. ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE INGRESO EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS. V. Saiz Ortega, S. Ansó Oliván, I. Asla Elorriaga, A. Pérez Fernández, A. Rodríguez Serna, M. Ferrer Arriazu. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.*

Antecedentes y objetivos. Los recién nacidos prematuros (RNPT) son aquellos nacidos

entre las 34 y 36 semanas y 6 días de gestación. Constituyen el grupo más numeroso de recién nacidos pretérmino. Precisan una mayor vigilancia y supervisión dada su prematuridad y la complejidad de los primeros días de vida, aunque poseen la madurez necesaria para poder ser atendidos junto a sus madres. El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características clínicas y epidemiológicas de nuestros RNPT e identificar factores de riesgo de mala evolución y de ingreso en la Unidad Neonatal, así como valorar la idoneidad de un protocolo basado en la inseparabilidad maternofilial.

Método. Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico de los RNPT ingresados en la Unidad Neonatal y los atendidos en el área de Maternidad, nacidos en un hospital terciario durante el año 2022, mediante revisión de historias clínicas informatizadas.

Resultados. Se analizaron 203 RNPT: el 21,7% precisó ingreso en la Unidad Neonatal y el 78,3% fueron atendidos exclusivamente en el área de Maternidad. Estos últimos presentaron una evolución satisfactoria con seguimiento posterior por Atención Primaria salvo un caso que reconsultó e ingresó desde Urgencias. El motivo fue una hiperbilirrubinemia y la escasa ganancia ponderal.

De los que precisaron ingreso, el 0,5% procedían de Urgencias, el 2% de la Maternidad y el 19,2% del área de partos, siendo la dificultad respiratoria el principal motivo de ingreso de los RNPT desde el área de partos en la Unidad Neonatal. Otros factores de riesgo que condicionan el ingreso fueron una menor edad gestacional, un bajo peso natal, una gestación de riesgo, la necesidad de reanimación avanzada y el diagnóstico prenatal de malformación congénita compleja.

Según la edad gestacional, atendimos en el área de Maternidad al 59,5% de los RNPT de 34 semanas, al 76,6% de los 35 semanas y al 86,3% de los 36 semanas.

Conclusiones. El porcentaje de RNPT atendidos exclusivamente en la maternidad en nuestro centro es más elevado que en otras series.

La dificultad respiratoria es el principal motivo de ingreso de los RNPT en nuestra Unidad Neonatal.

Dada la baja tasa de complicaciones e ingreso relacionados con su prematuridad tras su salida hospitalaria, consideramos seguro atender a los RNPT en el área de Maternidad. Se debe favorecer la inseparabilidad maternofilial en los RNPT mediante el uso de guías y protocolos. Del mismo modo, creemos necesario proporcionar recursos que permitan implementar esta práctica de manera segura en las maternidades.

PACIENTE CON DEFORMIDAD CRANEAL, ¿SOSPECHAMOS CRANEOSINOSTOSIS? E. Arruti Onaindia, P. Ivorra González, E. Jauregui Benito, J. Muñoz Aranburuzabala, E. Badiola Fernández, A. Euba Bilbao. *Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.*

Introducción y objetivos. La craneosinostosis (CS) se define como cierre o fusión prematura de una o más suturas craneales que se manifiesta por una forma anormal de la cabeza. Muchas de las deformidades craneofaciales ocurren como consecuencia de esta. Por ello, tiene que ser identificada pronto y derivada a Neurocirugía para prevenir las posibles complicaciones (tanto estéticas como encefálicas) que puede ocasionar. El objetivo de este estudio es describir las características y el método de actuación y el seguimiento realizados en los pacientes identificados de CS en nuestro hospital.

Metodología. Se realiza un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes con sospecha de craneosinostosis identificados en nuestro hospital desde enero de 2011 hasta diciembre de 2022.

Resultados. Se incluyeron 64 pacientes. La mitad de ellos finalmente se diagnosticaron como deformidades craneales y la otra mitad como CS. El 69% de los pacientes con CS fueron varones, siendo estadísticamente significativo ($p = < 0,05$). La media de edad gestacional fue de 37,7 semanas. La edad media del diagnóstico fue a los 3 meses.

En el 94% de las CS solo se afectó una sutura, siendo la sagital la más afectada (46%) y la escafocefalia la deformidad más repetida

(44%). El 31% de las CS presentaron otras complicaciones siendo las oftalmológicas las más frecuentes. 6 de las CS identificadas fueron sindrómicas.

En el 90% de los pacientes se realizó radiografía de cráneo para el diagnóstico, realizándose confirmación mediante TAC craneal en el 72% de ellos. Se operaron 28 pacientes en total, 18 de ellos mediante cirugía abierta y 10 de ellos mediante endoscopia. De las craneosinostosis metópicas, 4 no fueron subsidiarias de cirugía. Solo 1 de ellos presentó complicaciones. El tiempo medio de ingreso fue significativo al comparar las 2 técnicas efectuadas (6,1 días en cirugía abierta *vs.* 4,5 días en endoscópica, $p < 0,05$).

Conclusiones. La craneosinostosis es una patología a tener en cuenta, ya que en nuestra muestra se confirmó en la mitad de los casos sospechados. Ser varón parece ser un factor de riesgo para padecerlo, y realizar una intervención abierta está relacionado con una estancia más prolongada. No se obtuvieron datos estadísticamente significativos con otras variables.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS. C. Viñes Collada, I. Labiano-Fuente, J. Balentziaga Ibarlucea, A. Vinuesa Jaca, M.C. Pinedo Gago. *Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Antecedentes y objetivos. La osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) es una afección autoinflamatoria rara principalmente pediátrica caracterizada por dolor intenso, fiebre y limitación en la movilidad debido a la inflamación ósea. No existe un tratamiento claro establecido y existen dos corrientes de tratamiento: los bifosfonatos o los antiTNF. El objetivo de nuestro estudio es describir los casos, la terapia elegida y la evolución.

Método. Serie de casos pediátricos de un hospital de tercer nivel diagnosticados de OCMR según los criterios de Jansson y Bristol, entre 2014 y 2023. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de su historia clínica.

Resultados. Se incluyen 10 pacientes con predominio de mujeres (70%). La mediana de edad es de 11 años (2-12 años). Se diagnosticó 1 caso/año en los 10 años del estudio. Ninguno de los pacientes tenía antecedentes personales de autoinflamación o autoinmunidad. Al debut, ninguno de los pacientes presentó fiebre, pero todos presentaron dolor en diferentes localizaciones: tobillo 30%, mandíbula 20%, lumbar 20%, sacro-ilíaco 20%, pedio 20%, un caso de tibia proximal y otro de cuello femoral. El 40% de las OCMR fueron unifocales. Uno de los pacientes presentó lesiones plantares compatibles con SAPHO.

El 50% presentaron una VSG ≥ 20 mm/h y un 20% una proteína C reactiva ≥ 15 mg/d (mediana de 1 mg/dl). La media de fosfatasa alcalina fue de 208,20 (DS 44,5 con mediana 195,5). Un paciente presentó positividad 1/100 para ANAs, siendo HLAB27 y el FR negativo en todos los casos.

Respecto a las pruebas de imagen, el 60% presentaban una lesión lítica en radiografía. Se realizó un TAC y una gammagrafía al 70% de los pacientes y una RMN al 100% de los casos.

Un 80% fueron tratados con bifosfonatos, siendo el zoledrónico el más frecuentemente utilizado (87,5%). Se utilizó el metotrexato y el antiTNF en 1 paciente. Se constataron nuevos brotes en el 70% de los pacientes. Uno requirió intervención quirúrgica con osteosíntesis con placa y tornillos para evitar fractura patológica de cuello femoral. La remisión clínica tras tratamiento se dio en el 80% de los pacientes y el 20% persisten activos.

Conclusiones. En nuestra serie de casos, la mayoría de pacientes son mujeres de 11-12 años que al debut presentan afectación de diferentes huesos en forma de dolor sin fiebre. La mayoría de pacientes recibió tratamiento con bifosfonatos consiguiendo remisión clínica, pero con brotes frecuentes.

Se necesitan ensayos clínicos comparando las dos líneas terapéuticas para poder elegir el tratamiento óptimo. Como hipótesis, postulamos que los pacientes con mayor elevación de reactantes de fase aguda o fiebre pueden ser candidatos a tratamiento con antiTNF, mientras que aquellos sin signos

inflamatorios podrían beneficiarse de los bifosfonatos.

EVOLUCIÓN DEL USO DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL ÁREA DE PARTOS EN LA TAQUIPNEA TRANSITORIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. N. Morillas Martínez, V. Saiz Ortega, I. Asla Elorriaga, F. Martín Birlanga, A. Pérez Fernández, S. Ansó Oliván. *Sección de Medicina Perinatal, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Antecedentes y objetivos. La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es una situación que suele resolverse en las primeras horas de vida.

En nuestro hospital, teniendo como objetivo la inseparabilidad materno-filial, desde 2018 utilizamos la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en el área de partos en los RN con sospecha de TTRN. Previamente se utilizaban las gafas nasales de bajo flujo o la mascarilla de oxígeno simple, que no tienen efecto sobre la mecánica pulmonar, condicionado el ingreso en un elevado porcentaje de los RN.

Los objetivos del estudio son:

- Demostrar que la OAF es una terapia adecuada para los RN con sospecha de TTRN en el área de partos.
- Describir las características de los RN con distres en los que se inicia OAF en el área de partos.
- Analizar las diferencias entre los pacientes en los que se retira el OAF sin precisar ingreso y aquellos que ingresan.

Población y método. Estudio observacional retrospectivo de los RN con sospecha de TTRN en los que se inicia OAF como soporte respiratorio en el área de partos de un hospital terciario entre abril 2018-diciembre 2022.

Resultados. Se inicia soporte con OAF en el paritorio en 463 RN (97,2% a término). El 71,9% logran la adaptación respiratoria sin precisar ingreso con una mediana de tiempo de vida a la retirada del soporte de 270 minutos (40-720). La mayoría de los RN inician la clínica en los primeros minutos de vida siendo la mayoría cuadros de dificultad respiratoria leve. El dispositivo inicial más utilizado es la

maskarilla de oxígeno simple (73,4%), aunque en el 17,1% se utiliza la CPAP. Se inicia la OAF con una mediana de tiempo de vida de 50 minutos (9-300).

El 93,1% de los niños comienzan la alimentación en el paritorio, incluso el 83,2% de los RN que ingresan habían comenzado alimentación oral previo al ingreso.

En los RN que ingresan se encuentra mayor prevalencia de RN con peso elevado gestacional, partos eutócicos, cuadros de dificultad respiratoria leve al inicio y cuadros de inicio a partir de la segunda hora de vida.

Destaca que los RN ingresados tienen menor proporción de lactancias maternas exclusivas frente a los que no se separan de las madres.

Conclusiones. El uso de OAF en el paritorio puede ser una medida adecuada que permita que los RN con TTRN completen la adaptación respiratoria sin separarse de sus madres posibilitando el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia.

ABSTRACTS SELECCIONADOS PARA PRESENTACIÓN CON DEFENSA CON OPCIÓN A PREMIO

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

VALIDACIÓN DE LA MEDICIÓN DE GRASA ABDOMINAL MEDIANTE ECOGRAFÍA NUTRICIONAL COMO FACTOR DE RIESGO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN POBLACIÓN OBESA INFANTIL. **I. Díez López^{1,2}, A. Sarasua Miranda^{1,3}, A. Calvo¹, Z. García¹, S. Maeso¹.**
¹Bioaraba, Grupo de investigación en Crecimiento y Metabolismo Infante-Juvenil, Vitoria-Gasteiz. ²Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Araba, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. ³Departamento de Pediatría. UD de Vitoria. UPV-EHU. ⁴Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Donosti, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.

Objetivo principal. Evaluar si la medición de grasa intraperitoneal medida a través de ecografía nutricional, permite diagnosti-

car de esteatosis hepática no grasa o riesgo metabólico en pacientes con sobrepeso/obesidad.

Objetivo secundario. Establecer si existe algún tipo de correlación entre las mediciones de grasa abdominal obtenidas mediante ecografía nutricional y las obtenidas en práctica clínica habitual de estos pacientes mediante ECOGRAFÍA hepática si esta se realiza dentro de la práctica clínica habitual.

Estadísticos de prueba ^a	
	Adiposo preperi
U de Mann-Whitney	57,500
W de Wilcoxon	798,500
Z	-7,603
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: ESTEATOSIS hepática.

Se realizó un estudio sistematizado mediante ECO abdominal superficial, ECO FAST, con sonda de 2-10 MHz. Estudio en zona media abdominal de grasa pre-peritoneal. Medición en mm. Con los resultados se practicó una prueba U de Mann-Whitney en 125 pacientes afectos de obesidad (IMC > 2 SDS). Se corroboró mediante ECO profunda por experto radiólogo valorando la presencia de esteatosis hepática (EHNA) (SÍ/NO) y grado de esta.

Los resultados mostraron que la media de grasa intraperitoneal (adiposo preperi) fue estadísticamente diferente entre los dos grupos (EHNA SÍ y NO) ($z = -7,603$, $p < 0,01$) a un nivel de significancia de 0,05 y con un IC del 95%, con independencia de edad y sexo. El punto de corte de 0,89 mm permitiría discernir con una fiabilidad a IC del 95% de riesgo de tener EHNA en ECO profunda.

Resultados. El ECO fast a pie de cama se manifiesta con una herramienta eficaz para detectar de forma fácil, rápida y eficaz la posible presencia de EHNA en niños afectos de obesidad. Esta herramienta permitiría reducir derivaciones y centrar recursos en aquellos pacientes de más riesgo.

Trabajo posible a Gran Beca Nutricional SEEN 2021.

ASISTENCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA Y/O PATOLOGÍA LIMITANTE O AMENAZANTE PARA LA VIDA. **I. Serrano Pejenaute, I. Astigarraga Aguirre, A. Pérez Sánchez, L.J. Echevarría González de Garibay.** Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Antecedentes y objetivos. El uso de recursos sanitarios de los pacientes pediátricos con patologías crónicas complejas (PPCC) y limitantes o amenazantes para la vida (PPLAV) es elevado, lo que ha producido cambios en el perfil de las hospitalizaciones pediátricas. El objetivo es describir las características de los ingresos de PPCC y/o PPLAV en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Métodos. Estudio retrospectivo de los ingresos de la población < 19 años residente en la CAPV en hospitales públicos entre 2018 y 2020, basado en el Conjunto Básico Mínimo de Datos del Alta Hospitalaria del Departamento de Salud. Se aplicó el *Pediatric Medical Complexity Algorithm* para la identificación de PPCC y el listado de Hain para los PPLAV. Se analizaron las características de los ingresos y la mortalidad de los PPCC y PPLAV respecto al resto de pacientes.

Resultados. Se registraron 34.555 ingresos de 26.196 pacientes. El 26,1% de los ingresos ocurrieron en < 1 año y el 56,7% eran varones. El 15,4% de los ingresos correspondía a PPCC y el 14,4% a PPLAV, siendo esta proporción mayor en los hospitales terciarios. Los PPCC o PPLAV precisaron con mayor frecuencia soporte o asistencia respiratoria/cardiocirculatoria y/o colocación de dispositivos durante el ingreso; y fueron dados de alta con hospitalización a domicilio más frecuentemente que el resto.

Del total de pacientes, el 6,6% eran PPCC y el 6,7% PPLAV. Las patologías predominantes entre los PPCC fueron la neurológica, cardiológica y respiratoria y entre los PPLAV las malformaciones congénitas o anomalías cromosómicas, la patología perinatal, oncológica y neurológica. La mitad de los PPLAV cumplían criterios de PPCC.

El 56,7% y el 49,6% de los PPCC y PPLAV precisaron ≥ 2 ingresos, mientras que el 85,5%

de los restantes solo precisaron uno. La media de días de ingreso acumulados fue 4 veces mayor en los PPCC o PPLAV que en el resto. El 42,3% y 51,6% de los PPCC y PPLAV ingresaron en UCI frente al 14% entre los restantes, con una duración media del ingreso mayor que la global. A mayor complejidad entre los PPCC, la frecuencia y duración de los ingresos, tanto de forma general como en UCI, fue mayor.

Fallecieron el 2,61% de PPCC y el 4,84% de PPLAV, siendo el alta por fallecimiento 6 (PPCC) y 11 (PPLAV) veces más frecuente que en el resto.

Conclusiones. Los ingresos de PPCC y PPLAV suponen un porcentaje importante de los ingresos en < 19 años. Estos pacientes requieren un elevado uso de recursos hospitalarios, con mayor frecuencia de ingresos en hospitalización y UCI, mayor duración de estos y más necesidad de soporte y dispositivos técnicos. La mortalidad de los PPCC y PPLAV es elevada. Es necesario adaptar la asistencia hospitalaria pediátrica al perfil de los pacientes atendidos en la actualidad y disponer de más datos sobre la utilización de otros recursos.

PATÓGENOS PREDOMINANTES EN LA OTITIS MEDIA AGUDA EN LA ERA DE LAS VACUNACIONES CONJUGADAS. **A. Sánchez Arlegui, J. Del Arco Rodríguez, X. De Velasco Vázquez, M. Gallego Rodrigo, I. Gangoiti Goikoetxea, S. Mintegi Raso.** Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. Estudios recientes señalan un aumento de la prevalencia de *Haemophilus influenzae* no tipificable (NTHi) y una disminución de *Streptococcus pneumoniae* entre las bacterias causantes de otitis media aguda (OMA). El objetivo de este estudio es conocer la distribución de microorganismos patógenos identificados en Urgencias en los menores de 14 años con OMA.

Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo, analítico y unicéntrico en el que se incluyeron pacientes menores de 14 años diagnosticados de OMA en los que se recogió un cultivo

de secreción ótica en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital terciario entre 2013 y 2021.

Resultados. Durante el periodo de estudio, se registraron 14.684 episodios con diagnóstico de OMA, recogiendo en 768 cultivo de secreción ótica. La mediana de edad fue de 2 años, el 57% varones y el 70% habían presentado al menos una OMA previa. Los patógenos más frecuentemente aislados fueron: *NTHi* 188 (24,5%; de ellos 15,5% resistentes a ampicilina), *Streptococcus pyogenes* 86 (11,2%), *Staphylococcus aureus* 82 (10,7%), *Streptococcus pneumoniae* 54 (6,9%, de ellos 9,4% con resistencia intermedia a amoxicilina), *Pseudomonas aeruginosa* 42 (5,5%) y *Moraxella catarrhalis* 11 (1,4%). En el 34,9% no se aislaron patógenos.

Conclusiones. El NTHi es la primera causa de OMA en menores de 14 años. La distribución de patógenos y las tasas de resistencia de los mismos debieran ser considerados de cara a la elección del tratamiento antibiótico empírico, cuando esté indicado. Alrededor del 15% de los pacientes diagnosticados de OMA supurada podrían corresponder a cuadros de otitis externa.

ACCESSIT MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

DOCENCIA PRE Y POSTGRADO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EUSKADI EN 2023. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi¹, R. García Pérez², I. Merino Marcos³, A. Zabaleta Rueda¹, Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria.** ¹Centro de Salud Pasaia San Pedro. Pasaia, Gipuzkoa. ²Centro de Salud Txurdinaga. Bilbao, Bizkaia. ³Centro de Salud Alza. San Sebastián, Gipuzkoa.

TABLA I. VALORACIÓN DEL RECONOCIMIENTO A LA ACTIVIDAD DOCENTE DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Consideras que el reconocimiento de tu colaboración es:	Formación MIR	Formación de estudiantes	GLOBAL (n)	GLOBAL (%)
Suficiente	7 (7,5%)	8 (9%)	15	8%
Indiferente	24 (26%)	37 (40%)	61	33%
Insuficiente	61 (66,5%)	47 (51%)	108	59%

Objetivo. La Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap) ha realizado una encuesta entre sus asociados para conocer el grado de participación en la docencia MIR de medicina de familia y de pediatría, la participación en la docencia de estudiantes de medicina y las características de cada una de ellas.

Metodología. Encuesta realizada por medio de un cuestionario Google-Form enviado al correo electrónico de los socios de la AVPap, entre mayo-junio de 2023, sobre las características de la docencia y la satisfacción en relación a la misma.

Resultados. Se han recibido 92 respuestas de las que el 89% son mujeres (80 mujer/12 hombre). La mayoría, 33%, tiene entre 51 y 60 años, un 31,5% menos de 40 años, un 20,5% entre 40 y 50, y un 15% más de 60 años. En cuanto a los territorios históricos de procedencia 54,5% son de Bizkaia, 31,5% de Gipuzkoa y 14% de Araba.

Participan en la formación MIR de Pediatría el 52,17% (48), de Medicina de familia el 75% (69) y de estudiantes de Medicina el 57,6% (53).

En cuanto al modo de participación, en la docencia MIR, el 1% es tutor principal, un 55% son tutores de apoyo y un 44% respondieron que realizan docencia, pero no han realizado ningún trámite específico para solicitarla. El porcentaje de estos últimos es más elevado en Araba, llegando al 72%, y el más bajo en Gipuzkoa con el 21%.

En cuanto a la docencia a estudiantes de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV), solo hay un profesor asociado (H. Galdakao), en H.U. Basurto y H.U. Araba la mayoría tienen *venia docendi* (66% y 45%, respectivamente) y en H.U. Cruces y H.U. Donos-

tia imparten docencia sin trámite alguno (56% y 61%, respectivamente).

En cuanto a la valoración respecto al reconocimiento de esta labor por parte de otros profesionales, las respuestas figuran en la tabla I.

Conclusiones. La mayoría los pediatras encuestados participan en la docencia de estudiantes y MIR. En la formación de pregrado solo el 30% tiene un reconocimiento (*venia docendi*). En la formación MIR solo el 1% es tutor principal y la mitad son tutores de apo-

yo. El 60% considera que el reconocimiento de su labor es insuficiente. Por lo tanto, hay que modificar la actual situación de la docencia en Atención Primaria, aumentando el número de tutores principales y de profesores asociados de la UPV.