Resúmenes de los trabajos presentados en la IX Reunión Científica de la APapCLM

Publicado por:

- Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha "APapCLM"
- Fundación General de la Universidad de Alcalá

© Fundación General de la Universidad de Alcalá

Comité Organizador

Guillermo Chaves Díaz

Vanesa Losa Frías

Dolores Márquez Moreno

Mª Jesús Navarro Carmona

Nieves Nieto del Rincón

Carmen Villaizán Pérez

Comité Científico

Javier E. Blanco González

Mª Dolores Cantarero Vallejo

Mª Belén Panizo Santos

Begoña Rodríguez-Moldes Vázquez

Mª Pilar Rojo Portoles

Índice de resúmenes

Casos clínicos

1C **Hipotonía como forma de presentación del síndrome de Phelan-McDermid (SPMD)** 6
Benavent García, N.[1]; Fullana Montoro, A.[2]
[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia, [2]Centro de Salvador Pau de Valencia

2C **Más allá del Estreptococo Pyogenes** 7
Arroyo Herrera, C.[1]; Buendía-López, S.[1]; Plaza Almeida, J.[2]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete,
[2]Centro de Salud zona VIII de Albacete

3C **Pequeña gigante** 8
Buendía-López, S.[1]; Arroyo-Herrera, C.[1]; Plaza-Almeida, J.[2]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete,
[2]Centro de Salud zona VIII de Albacete

4C **Hipoglucemia e hiperpigmentación cutánea** 9
Aquino Oliva, E.; Patón García Donás, M.C.; Cabello García, I.
Hospital Virgen de la Salud de Toledo

5C **¿Qué enfermedades de las uñas se pueden diagnosticar en un lactante desde atención primaria?** 10
Raynero Mellado, R.C.[1]; Nieto Serrano, A.M.[1]; Villaizán Pérez, C.[2]
[1]Complejo Hospitalario de Toledo, [2]Centro de Salud de Sonseca

6C **¡Mi hijo huele a pescado podrido! ¿Qué puedo hacer doctor?** 11
Raynero Mellado, R.C.[1]; Nieto Serrano, A.M.[1]; Villaizán Pérez, C.[2]
[1]Complejo Hospitalario de Toledo (Rotación Atención Primaria por Centro de Salud de Sonseca), [2]Centro de Salud de Buenavista

7C **Asimetría amigdalar. Presentación infrecuente del linfoma de Burkitt** 12
Cabello García, I.[1]; Márquez Moreno, M.D.[2]; Díaz Carrasco, J.[3]; Zamora Gómez, M.[1]; Villlaizán Pérez, C.[4]; Aquino Oliva, E.[1]
[1]Hospital Virgen de la Salud de Toledo, [2]Centro de Salud Buenavista, [3]Centro de Salud de Ocaña, [4]Centro de Salud de Sonseca

Póster

P1 **Fiebre en el niño sano ¿consultamos ya?** 14
Arroyo-Herrera, C.[1]; Buendía-López, S.[1]; Plaza Almeida, J.[2]; Zamora-López, V.[2]; Palomino Nieto, D.[3]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete,
[2]Centro de Salud zona VIII de Albacete, [3]Facultad de Medicina de Albacete

P2 **Tos ferina: una reemergencia evitable** 15
Buendía López, S.[1]; Arroyo Herrera, C.[1]; Plaza Almeida, J.[2]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete,
[2]Centro de Salud zona VIII de Albacete

P3 **Obesidad en adolescentes, nueve años después** *16*
Arroyo-Herrera, C.[1]; Zamora-López, V.[2]; Plaza Almeida, J.[2];
Buendía-López, S.[1]; Palomino Nieto, D.[3]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete,
[2]Centro de Salud zona VIII de Albacete, [3]Facultad de Medicina de Albacete

P4 **Adenitis cervical por microbacterias atípicas. A propósito de dos casos clínicos**..... 17
Bonet Garrosa, A.; Sánchez de la Vara, B.
C.S. Manantiales, Guadalajara

P5 **¿Qué opinan las madres sobre los talleres de lactancia?**..... 18
Sánchez-Escalonilla González, M.R.; Losa Frías, V.; Molina Medrano, C.;
López Herrero, R.; Gallegos Bayas, N.R.
Centro de Salud de Fuensalida

P6 **¿Cómo mejorar la prevalencia en lactancia materna en un centro de salud?**..... 19
Sánchez-Escalonilla González, M.R.; Losa Frías, V.; Molina Medrano, C.;
López Herrero, R.; Gallegos Bayas, N.R.
Centro de Salud de Fuensalida

P7 **Enfermedad invasora por *streptococcus pneumoniae*. Situación en Castilla-La Mancha y área sanitaria de Toledo Centro-Mancha**..... 20
Villaizán Pérez C.[1]; Garde Morales T.[2]; Ruíz Pérez Mª José [3];
García Colmenero, C.[3]
[1]Centro de Salud de Sonseca, [2]Centro de Salud Sta Mª de Benquerencia, [3]Sección de Epidemiología. Servicio de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Toledo

P8 **¿Cuál es la percepción de los pediatras respecto a la asistencia prestada a los niños asmáticos en Castilla-La Mancha?**..... 21
Blanco González, J.E.
EAP El Casar

CASOS CLÍNICOS

HIPOTONÍA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE PHELAN-McDermid (SPMD)

Benavent García, N.[1] y Fullana Montoro, A.[2]

[1]Residente de Primer Año del Hospital Clínico Universitario de Valencia
[2]Pediatra de Atención Primaria del Centro de Salvador Pau en Valencia

Introducción

La hipotonía en un lactante plantea un diagnóstico diferencial amplio. El síndrome de Phelan-McDermid (SPMD) es una "enfermedad rara" caracterizada por hipotonía neonatal, retraso del desarrollo y ausencia o retraso del lenguaje. Se debe a la pérdida parcial del material genético del cromosoma 22. Actualmente no existe tratamiento curativo, pero los pacientes se benefician de los Servicios de Atención Temprana (SAT).

Exposición del caso

Niña de 8 meses que consulta en Atención Primaria (AP) por rinorrea. A la exploración, destaca: hipotonía, ausencia de sostén cefálico e incapacidad para la sedestación. No hay antecedentes personales de interés. Se alimenta con lactancia materna, con ganancia ponderal adecuada, aunque peso en P3, talla en P25-50 y perímetro cefálico P50.

Se deriva a neuropediatría y SAT para estudio. Tras el análisis genético, se detecta del22q13.3, compatible con SPMD. Se inicia de estimulación temprana y los padres inician colaboración con la Asociación SPMD.

A los 3 años de edad, la niña se encuentra en percentiles 3 de peso y talla, con deambulación independiente y comunicación mediante el sistema pictográfico. Inicia su escolarización en un colegio público que dispone de un aula con integración para discapacitados.

Discusión

La evaluación del desarrollo psicomotor forma parte de la práctica diaria en la consulta de AP desde los primeros días de vida. Las anomalías detectadas durante estas revisiones obligan realizar una anamnesis y exploración detalladas, así como exploraciones complementarias, valorando el análisis genético. Establecer la etiología genética de estos trastornos permite iniciar precozmente el tratamiento, incluyendo el prestado en los SAT. Además disminuye la ansiedad familiar, dado que se aclara su origen genético.

El SPMD es complejo y sin historia natural clara. Tienen en común la condición genética del22q13.3. Suelen presentarse como retraso psicomotor e hipotonía, generalmente detectadas durante los exámenes periódicos de Salud. Estos pacientes requieren de técnicas de neuroestimulación y de comunicación especiales. Actualmente, recientes ensayos clínicos tratan de hallar un tratamiento curativo, por lo que existe esperanza.

Finalmente, las asociaciones de "enfermedades raras" proporcionan apoyo socio-económico a pacientes y familiares y contribuyen a un mayor conocimiento científico.

Conclusión

- Las anomalías del desarrollo psicomotor detectadas desde AP obligan a un estudio amplio, incluido el análisis genético.
- El diagnóstico precoz permite iniciar la estimulación temprana y disminuir la ansiedad familiar, asociando mejor pronóstico a largo plazo.
- Las asociaciones de afectados de Enfermedades Raras juegan un papel esencial.

MÁS ALLÁ DEL ESTREPTOCOCO PYOGENES

Arroyo-Herrera, C.[a1], Buendía-López, S.[a1], Plaza-Almeida J.[b2]

[a]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
[b]Centro de Salud zona VIII de Albacete
[1]Médico Residente de Pediatría
[2]Pediatra de Atención Primaria

Introducción

La faringoamigdalitis aguda es un diagnóstico frecuente en pediatría. El estreptococo betahemolítico del grupo A (SGA) es la bacteria más comúnmente aislada pero existen otras etiologías importantes a tener en cuenta cuando la detección rápida para este germen es negativa.

Caso clínico

Paciente de 14 años sin antecedentes médicos de interés, que consulta por odinofagia, fiebre, astenia y exantema de 24 horas de evolución. En el examen clínico se objetiva intensa hiperemia faríngea con exudado blanco-grisáceo amigdalar y exantema máculoeritematoso confluente de predominio en tronco y raíz de miembros. Se palpan microadenopatías submaxilares bilaterales móviles y sin signos de flogosis. Abdomen sin masas ni megalias. Neurológico normal. No síntomas articulares. No conjuntivitis. Se realiza test de detección rápida (TDR) para SGA resultando negativo. Se interpreta el cuadro como mononucleosis infecciosa, se extrae analítica y se mantiene actitud expectante. En el hemograma destaca discreta leucocitosis con desviación izquierda, serologías para CMV, VEB, VHA IgM negativas, Toxoplasma inmune, VIH negativo y PCR 93.9 mg/l. Ante la persistencia de los síntomas, el exantema que había virado a violáceo con aspecto parcheado y la ausencia de agente causal se envía muestra de exudado faríngeo para cultivo y se inicia tratamiento con betalactámico y macrólido. Tras 48 horas de tratamiento el paciente evoluciona favorablemente. En el cultivo faríngeo crece un estreptococo betahemolítico del grupo C (SGC), Streptococcus dysgalactiae, sensible a penicilina y resistente a eritromicina y clindamicina. Se retira el macrólido y se mantiene tratamiento con penicilina hasta completar 7 días.

Discusión

Existen al menos cinco posibilidades a tener en cuenta en pacientes con TDR para SGA negativa y empeoramiento de los síntomas en la primera semana de una faringoamigdalitis: mononucleosis infecciosa, infección aguda por el VIH, faringitis estreptocócica betahemolítica (especialmente SGC), absceso periamigdalino y enfermedad de Lemièrre (Fusobacterium necrophorum).

La importancia de tener en cuenta el SGC como agente casual y tratarlo en función de la clínica, está en relación con la demostrada capacidad in vitro de reacción inmunitaria, así como invasión del epitelio respiratorio, pudiendo producir complicaciones supurativas (absceso periamigdalino, linfadenitis cervical) y no supurativas (fiebre reumática, artritis reactiva).

Conclusiones

- Es importante un enfoque sistemático en la evaluación de pacientes con TDR para SGA negativa y la realización de cultivo faríngeo para llegar al diagnóstico.
- Existen escasas fuentes bibliográficas que mencionen el exantema como manifestación clínica en la infección por este germen, dato clínico que puede orientar a otro diagnóstico.

PEQUEÑA GIGANTE

Buendía-López, Susana[a1]; Arroyo-Herrera, Carolina [a1]; Plaza-Almeida, Josefa[b2]

[a]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
[b]Centro de Salud zona VIII de Albacete
[1]Médico Residente de Pediatría
[2]Pediatra de Atención Primaria

Introducción

El síndrome de Marfan es una enfermedad del tejido conectivo con herencia autosómica dominante que afecta principalmente al sistema cardiovascular, ocular y musculoesquelético. Se caracteriza por una alta penetrancia y una marcada heterogeneidad fenotípica. La prevalencia estimada es de 1 /5.000-10.000 nacidos vivos, con afectación similar por sexo. En la mayoría de los casos está causado por una deleción del gen de la fibrilina-1 (locus 15q21.1).

Caso clínico

Lactante de 6 meses sin antecedentes personales de interés salvo alergia a proteínas de la leche de vaca. En la exploración física presenta: Peso 8.5 kg (p75-90), talla 80cm (p>97) y perímetro cefálico 48cm (>97). Buen estado general. Normocoloreada. Fenotipo peculiar con frente prominente, arcos ciliares marcados. Pectum excavatum. Auscultación cardiopulmonar normal. Pulsos femorales presentes y simétricos. Abdomen blando y depresible, sin megalias. Neurológico normal. Locomotor: hiperlaxitud articular marcada y aranodactilia.
Con la sospecha de síndrome de Marfan es remitida a Cardiología pediátrica para valoración. Se realiza ecocardiografía en la que se visualiza dilatación de la raíz aórtica y prolapso de la válvula mitral con lo que se decide inicio de tratamiento con betabloqueantes a dosis crecientes de forma progresiva y se solicita estudio genético. Asimismo, fue valorada por Oftalmología donde no se encontraron alteraciones oculares hasta el momento.

Discusión

El Síndrome de Marfan no se suele manifestar durante la infancia temprana, sino más tardíamente. El 85% de los casos son familiares.
Para su diagnóstico se ha utilizado la nosología de Gante, aunque tiene una limitación importante: no tiene en cuenta la edad en algunas manifestaciones, lo que nos puede orientar hacia un diagnóstico erróneo.
El papel del pediatra de atención primaria es estar alerta ante los signos y síntomas que sugieran esta enfermedad, y en caso de reunir estos criterios derivar a atención especializada para comenzar un estudio diagnóstico y un tratamiento oportuno precoz, para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Conclusiones

1. El diagnóstico de Síndrome Marfan es exclusivamente clínico, con lo que se requiere especial atención en la exploración del niño en los controles rutinarios realizados por el pediatra.
2. Teniendo en cuenta la morbimortalidad de los pacientes, resulta importante su diagnóstico precoz para un adecuado manejo médico y quirúrgico.
3. El manejo de los niños con Marfan debe ser multidisciplinario (cardiólogo, oftalmólogo, gastroenterólogo, neumólogo, rehabilitador, fisioterapeuta…) para conseguir un control óptimo de la enfermedad.

HIPOGLUCEMIA E HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA

Aquino Oliva, Elena; Patón García Donás, Mª Carmen; Cabello García, Inmaculada

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

La hipoglucemia (glucosa plasmática < 45 mg/dl a cualquier edad) es un trastorno frecuente en la edad pediátrica, su diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para la prevención
de secuelas neurológicas. Es muy importe realizar diagnóstico diferencial adecuado.La sintomatología suele ser inespecífica, activándose el sistema suprarrenal (taquicardia, sudoración, palidez, etc.) y aparenciendo posteriormente síntomas neurológicos como cefalea o somnolencia. Ante toda sospecha clínica de hipoglucemia se debe determinar al momento la glucemia capilar como método rápido de diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Niño de 9 años primer gemelo, hermana gemela con Sd. De Williams,sin otros antecedentes de interés, que consulta en el S. de Urgencia por decaimiento y rechazo de la ingesta, referían cuatro vómitos el día anterior sin deposiciones diarreicas ni fiebre. A la exploración presenta mal estado general, decaído con tendencia al sueño e hiperpigementación cutánea, signos de deshidratación con lengua pastosa, y ojeroso. Se realiza glucemia capilar: 35 mg/dl, por lo que se administra glucosa intravenosa y se extrae muestra para estudio. En análisis se objetiva fallo renal prerrenal, hiponatremia e hiperpotasemia por lo que ingresa en UCIP. Dado el cuadro clínico compatible con insuficiencia suprarrenal, se inicia tratamiento con hidrocortisona mejorando estado general y parámetros analíticos. Niega astenia los meses previos al ingreso, ni avidez por la sal. Refieren tez morena desde siempre. Niegan trastornos de conducta, disminución del rendimiento escolar o sintomatología neurológica. En resultado de muestra para estudio se objetiva una ACTH elevada y cortisol inapropiadamente normal en el contexto de la hipoglucemia por lo que se diagnostica insuficiencia suprarrenal primaria y se inicia estudio etiológico de la misma, con diagnóstico final de Adrenoleucodistrofia ligada al X.

DISCUSIÓN

La etiología de la hipoglucemia varía dependiendo de la edad del niño, en el caso de nuestro paciente, por la edad, la causa más frecuente es la hipoglucemia cetósica de la infancia, pero se debe realizar diagnóstico diferencial con hiperinsulinismo, deficiencias hormonales, trastornos por déficit enzimáticos y yatrogenia. En este caso clínico las alteraciones hidroelectrolíticas y la exploración del paciente (hiperpigmentación cutáneo-mucosa) fueron fundamentales a la hora de nuestra orientación diagnóstica.

COMENTARIOS

La Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X es la enfermedad peroxisomal más frecuente, y se caracterizada por acúmulo de ácidos grasos de cadena muy larga en tejidos y líquidos corporales. Presenta gran variabilidad fenotípica, desde una forma grave cerebral infantil a individuos asintomáticos. Su primera manifestación en la infancia con frecuencia es la insuficiencia suprarrenal primaria, a menudo sin signos neurológicos previos.

¿QUÉ ENFERMEDADES DE LAS UÑAS SE PUEDEN DIAGNOSTICAR EN UN LACTANTE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

[1]Raynero Mellado, R.C; [1]Nieto Serrano, A.M.; [2]Villaizan Pérez, C.

[1]MIR Pediatría. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.
[2]Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Sonseca. Sonseca. Toledo.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de las uñas es los lactantes es poco frecuente y generalmente secundaria a procesos infecciosos.
La psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria de la piel. Su principal forma de presentación en la edad pediátrica es la cutánea en forma de placas. La afectación ungueal, aparece en el 25% de los casos de psoriasis infantil y del cuero cabelludo en el 35%.
La edad de mayor incidencia se encuentra entre los 12 y 16 años, siendo infrecuente en lactantes.

CASO CLÍNICO

Lactante de 5 meses sin antecedentes de interés, que acude a consulta por inflamación en la uña del cuarto dedo de la mano derecha de reciente aparición. En la exploración física se confirma oniquia y paroniquia de dicho dedo y se prescribe tratamiento con mupirocina tópica.
Nueve días más tarde acude a revisión ante la ausencia de mejoría, evidenciándose oscurecimiento de la uña por lo que se sospecha una posible onicomicosis. En esa consulta se toma muestra de cultivo para hongos y se prescribe tratamiento con Ciclopirox.
Diez días más tarde, el paciente presenta uñas huecas con coloración marronácea en los 5 dedos de la mano derecha y primer dedo mano izquierda. Ante la progresión, se realiza una teleconsulta al servicio de dermatología a través de Dercam (herramienta de consulta on-line del SESCAM). Tras su valoración on-line y cita presencial, es diagnosticado de psoriasis con afectación exclusiva ungueal (transcurren 11 días desde la consulta) y comienza tratamiento con Onypsos Laca con mejoría clara en 1 semana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La aparición de lesiones de psoriasis en las uñas es frecuente en la evolución de la enfermedad, si bien la afectación exclusiva ungueal al inicio del diagnóstico es poco frecuente y más aún en lactantes. El diagnóstico de este tipo de lesiones sin afectación cutánea puede suponer un gran reto diagnóstico en Atención Primaria, por lo que el acceso a herramientas como DERCAM permiten el diagnóstico y el inicio del tratamiento precoz.
Uno de los aspectos más importantes, es el seguimiento a largo plazo, ya que la afectación ungueal tiene un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y es un predictor de severidad de la evolución de la psoriasis y de la aparición posterior de artropatía psoriásica.

¡MI HIJO HUELE A PESCADO PODRIDO! ¿QUÉ PUEDO HACER DOCTOR?

[1]Raynero Mellado R.C.; [1]Nieto Serrano, A.M.; [2] Márquez Moreno, M.D.

[1]MIR Pediatría. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. (Rotación Atención Primaria por Centro de Salud de Sonseca)
[2]Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Buenavista. Toledo.

INTRODUCCIÓN

La trimetilaminuria es una enfermedad metabólica caracterizada por la emisión de un intenso olor a pescado en descomposición debido a la excreción de trimetilamina en los diferentes fluidos corporales.

Hay dos formas principales de presentación:

1) La Trimetilaminuria primaria: de origen genético con herencia autosómica recesiva con una incidencia estimada de 1 caso por 40000 habitantes.
2) La Trimetilaminuria adquirida: secundaria a enfermedades hepáticas y renales, más infrecuente.

Existen formas transitorias en relación con las infecciones virales o la alteración de la flora intestinal.

CASOS CLÍNICOS

- Caso 1) Niño de 20 meses que acude a consulta por haber presentado en tres ocasiones sudoración con olor a pescado podrido que cede parcialmente tras la ducha. Los padres lo relacionan con la ingesta de barritas de merluza congeladas en el comedor de la guardería.

- **Casos 2 y 3)** Lactante de 12 meses que acude a la consulta a revisión. Los padres refieren que al introducir el pescado en su alimentación, comenzaron a sentir un olor raro, que se intensificó al añadir pescado azul a la dieta. A la madre le recuerda al olor de su hermana. En la exploración física destaca un intenso olor a pescado en descomposición.

- En los 3 casos se recomendó a los padres un calendario dietético para detectar el alimento relacionado con la sintomatología. En el primer caso fue la merluza y en los otros dos el atún.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La trimetilamina es un compuesto volátil derivado de la TMANO y la colina. Cuando existe un error en la flavin-monooxigenasa 3, se produce una liberación excesiva de trimetilamina que ocasiona el intenso olor a pescado podrido.

El diagnóstico de sospecha de la trimetilaminuria es clínico y se apoya en determinaciones bioquímicas como la excreción en orina de trimetilamina sin metabolizar. Ocasionalmente, requiere la realización de una prueba de sobrecarga. El diagnostico de confirmación es complejo y costoso mediante un estudio de genética molecular.

No existe tratamiento curativo. El tratamiento más eficaz es la disminución en la dieta de precursores de la trimetilamina y el uso de cremas, jabones corporales con pH ácido que neutralizan químicamente la trimetilamina.

La trimetilaminuria es una entidad infradiagnósticada. El interés para el pediatra de atención primaria reside en conocerla, saber diagnosticarla, evitar exploraciones innecesarias y orientar a la familia en el tratamiento y estudio genético.

ASIMETRÍA AMIGDALAR. PRESENTACIÓN INFRECUENTE DEL LINFOMA DE BURKITT

Cabello García, I[a]; Marquez Moreno, Mª. D.[b]; Díaz Carrasco, J.[c]; Zamora Gómez, M.[a]; Villaizán Pérez, C. [d]; Aquino Oliva, E.[a]

[a]Hospital Virgen de la Salud de Toledo
[b]C.S. Buenavista de Toledo
[c]C.S. Ocaña
[d]C.S. Sonseca.

INTRODUCCIÓN.

El linfoma es el tumor maligno infantil más común en la cabeza y cuello, pero su incidencia es relativamente baja en niños, tras leucemia y tumores del sistema nervioso central. El sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los agrupa en linfomas Hodgkin y no Hodgkin (LNH) y de éstos, el 85% son linfomas de células B. El linfoma de Burkitt es una forma rara de presentación de los LNH de células B de alto grado (1-2 %), afectando un 5% al anillo de Waldeyer. Las amígdalas palatinas son su localización más frecuente y se presenta como una hipertrofia amigdalina unilateral con dolor o molestias faríngeas, acompañándose en un 60% de adenopatías cervicales.

CASO CLÍNICO.

Niño de 7 años con fiebre de 8 días de evolución y odinofagia. Exploración física: asimetria de amigdalas palatinas con hipertrofia de amígdala derecha de coloración grisácea, desestructurada con desplazamiento de úvula y adenopatía submandibular ipsilateral de 4x3 cm, no dolorosa, gomosa, sin otras adenopatías. No masas ni megalias. Resto normal. Pruebas complementarias: Test de estreptococo negativo. Hemograma normal. Bioquímica: LDH elevada (776mU/ml). Resto normal. Serología: infección pasada por VEB. Mantoux negativo. Radiografía de tórax: normal. Ante la sospecha de linfoma, fue remitido a la unidad de Oncología Pediátrica para estudio: TC cervicalau: mento de volumen de amígdala derecha y ganglio yugulocarotídeo con alteración de su arquitectura. TC toracoabdominal: normal. Se realizó amigdalectomía. Anatomía patológica: Proliferación difusa de células linfoides atípicas. Inmunohistoquímica: compatible con linfoma de Burkitt. Se inició quimioterapia según protocolo, con remisión completa.

DISCUSIÓN.

En la mayoría de los niños, la asimetria amigdalar en secundaria a hiperplasia benigna, pero ante la sospecha de un tumor maligno, se requiere un diagnóstico precoz y rápido inicio de tratamiento, que es crucial para su supervivencia.

PÓSTER

FIEBRE EN EL NIÑO SANO ¿CONSULTAMOS YA?

Arroyo-Herrera, C.[a1]; Buendía-López, S.[a1]; Plaza-Almeida, J.[b2];
Zamora López, V. [b3]; Palomino Nieto, D.[c4]

[a]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
[b]Centro de Salud zona VIII de Albacete
[c] Facultad de Medicina de Albacete
[1]Médico Residente de Pediatría, [2]Pediatra de Atención Primaria, [3] Enfermera de Pediatría, [4]Estudiante de Sexto de Medicina.

Introducción

Las consultas urgentes no justificadas al pediatra han aumentado en los últimos años, siendo la fiebre, uno de los motivos de consulta más frecuentes.
Las madres más jóvenes y con problemas sociales, así como los educadores de centros de acogida de menores, constituyen un grupo con más necesidades de formación en el cuidado de éstos.

Objetivos

1) Analizar los conocimientos y actitudes sobre la fiebre que tienen las madres y educadores de un centro de acogida de mujeres jóvenes con niños en situación de desprotección sociofamiliar.
2) Mejorar el manejo de la fiebre en este grupo de población para conseguir un uso correcto de las urgencias pediátricas.

Métodos

Se llevó a cabo una intervención educativa en forma de taller utilizando parte del material elaborado por el Grupo de educación para la salud de la AEPap, incluido en el programa “Uso racional de los servicios de urgencias pediátricas”.

Se aplicó un cuestionario de cinco preguntas antes y después de la actividad y se realizó un análisis descriptivo sobre los conocimientos adquiridos.

Resultados

Del total de preguntas planteadas antes del taller formativo, se acertó el 68.6%. Sólo el 7.1% acertó todas las preguntas, se trataba de educadoras. Los síntomas de gravedad de la fiebre eran conocidos por el 42.9%. El mismo cuestionario se pasó al finalizar la actividad consiguiendo un 88.6% de aciertos, acertando todas las preguntas el 64.3%. El 92.9% acabó conociendo la actitud ante la fiebre y los síntomas de gravedad de la misma. La encuesta de satisfacción mostró un 100% de comentarios positivos.

Conclusiones

- Este taller ha resultado una medida de intervención educativa de bajo coste, sencilla y eficaz, que puede servir de base para el desarrollo de futuras actividades.
- Aún quedan lagunas por resolver, como por qué siguen considerando la fiebre mala para la salud.

TOS FERINA: UNA REEMERGENCIA EVITABLE

Buendía López, S.[a1]; Arroyo Herrera, C.[a1]; Plaza Almeida, J.[b2]

[a] Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
[b]Centro de Salud zona VIII de Albacete
[1]Médico Residente de Pediatría, [2]Pediatra de Atención Primaria

Introducción

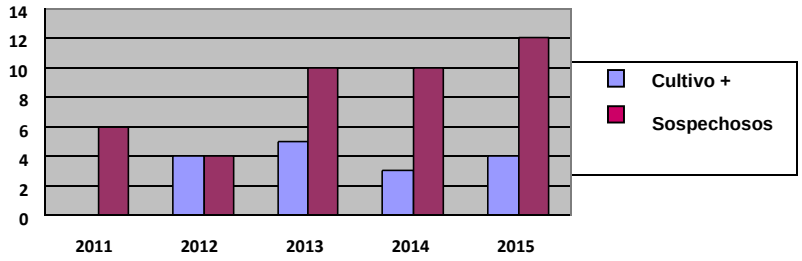
La tos ferina continúa siendo un problema de salud pública mundial. Se ha observado una alarmante reemergencia en países con elevada cobertura vacunal, cuyas posibles causas son: cambios genéticos del germen, pérdida de inmunidad posvacunal con el tiempo, disminución del efecto booster por la alta cobertura vacunal en adolescentes y adultos jóvenes, aumento de las notificaciones y mejoras en el diagnóstico.
El objetivo de nuestra revisión es ver cómo ha afectado en nuestra área de salud la reemergencia de esta enfermedad en los últimos años y las características epidemiológicas de ésta.

Material y método

Estudio retrospectivo observacional de los casos confirmados de tos ferina en el Servicio de Pediatría del Hospital de Albacete, con edades entre 0 y 14 años, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 30 de septiembre de 2015.

Resultados

Durante este período han ingresado en nuestro hospital 42 pacientes con clínica de tos pertusoide, en los que se realizó cultivo de aspirado nasofaríngeo para B. pertussis en el 100%. En el 40.5% de los casos el resultado del cultivo fue positivo.



De los casos confirmados el 100% tenían menos de 3 meses, habiéndose administrado la primera dosis de la vacuna en el 23.5% de ellos. El 62% se produjo en los meses de primavera-verano. Dos de nuestros pacientes requirieron ingreso en UCI, y uno de ellos falleció.

Conclusiones

La tos ferina es especialmente grave en los lactantes. Hemos objetivado un aumento del número de ingresos con sospecha de tos ferina, y en los últimos años del número de casos confirmados. Las medidas de prevención son las más importantes para disminuir el número de casos, por lo que creemos conveniente insistir en las nuevas estrategias de vacunación.

OBESIDAD EN ADOLESCENTES, NUEVE AÑOS DESPUÉS

Arroyo Herrera, C.[(a1)]; Zamora López, V.[(b2)]; Plaza Almeida, J.[(b3)]; Buendía López, S .[(a1)]; Palomino Nieto, D.[(c4)]

[a]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
[b]Centro de Salud zona VIII de Albacete
[c]Facultad de Medicina de Albacete
[1]Médico Residente de Pediatría, [2] Enfermera de Pediatría, [3]Pediatra de Atención Primaria, [4]Estudiante de Sexto de Medicina.

Introducción

La obesidad es una enfermedad que ha aumentado alarmantemente, llegando a afectar al 18 % de los niños españoles. En los últimos años, los pediatras hemos hecho un esfuerzo en la detección y control de esta patología.

Objetivos

Calcular la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niños de 12 a 14 años de nuestra consulta.
Comparar la prevalencia actual con la encontrada en un estudio similar realizado en 2006.
Valorar si la detección y el seguimiento de estos niños están siendo eficaces en la disminución de esta patología.

Material y métodos

Se revisan las historias clínicas de los niños nacidos desde enero de 2001 a diciembre de 2003. Se valora su IMC en las tablas de la Fundación F. Orbegozo, que son las utilizadas en el programa de salud infantil de nuestra comunidad.
Se diagnostica obesidad, cuando éste índice es igual o mayor al percentil 95 y sobrepeso, cuando este valor se encuentra entre el percentil 85 y el 95 para su edad y sexo. Comparamos los datos obtenidos con los encontrados en el año 2006 en niños de estas mismas edades y utilizando las mismas gráficas y los mismos criterios diagnósticos.

Resultados

El total de niños estudiados en 2015 son 224 adolescentes. Encontramos una prevalencia de obesidad de 12,5% y de sobrepeso del 22,32%. Hay 8 niños a los que se les detecta obesidad, pero que corrigen su peso durante su seguimiento. En el estudio realizado en 2006 a 260 niños de esas mismas edades encontramos una prevalencia de obesidad del 15%.

Conclusiones

La prevalencia de obesidad en nuestra consulta es similar a la encontrada en otros estudios para los adolescentes de nuestro país.

- En los últimos 9 años ha disminuido esta prevalencia de un 15 a un 12,5 %.

ADENITIS CERVICAL POR MICOBACTERIAS ATIPICAS. A PROPOSITO DE DOS CASOS CLINICOS

Bonet Garrosa, A.; Sánchez de la Vara, B.

C.S. Manantiales, Guadalajara; Pediatras de Atención Primaria.

Introducción: La linfadenitis es un problema común en niños y adolescentes. En los últimos años se ha observado un incremento en los aislamientos de micobacterias no tuberculosas como causa de linfadenitis en menores de 5 años.

Antecedentes: Presentamos el caso de 2 niñas menores de 2 años, sin antecedentes de interés, que acuden a consulta por tumoración submandibular de consistencia dura acompañada de signos inflamatorios. Tras diez días de tratamiento con amoxiclina-clavulánico persiste la tumoración apreciándose como un conglomerado de adenopatías de consistencia dura. Analítica con serologías negativas, radiografía de tórax normal, mantoux negativo en uno de los casos y positivo en otro. Ecografía: conglomerado de adenopatías de aspecto patológico. En ambas la anatomía patológica confirma inflamación granulomatosa necrotizante compatible con infección por micobacteria. No se obtiene confirmación bacteriológica. El tratamiento fue quirúrgico en ambos casos.

¿QUÉ OPINAN LAS MADRES SOBRE LOS TALLERES DE LACTANCIA?

Sánchez-Escalonilla González, M.R.[a1]; Losa Frías, V.[a2]; Molina Medrano, C.[a1]; López Herrero, R.[a3]; Gallegos Bayas, N.R.[a2]

[a]Centro de Salud de Fuensalida (Toledo)
[1]Enfermera de pediatría, [2]Pediatra, [3]Matrona

Introducción: Los talleres de lactancia son una iniciativa de promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros de salud.

Objetivos: Evaluar la opinión de las madres asistentes al taller de lactancia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante cuestionario anónimo a las asistentes al taller de lactancia de un centro de salud entre enero de 2014 y julio de 2015. Se analizan las siguientes cuestiones: valoración global, espacio, ambiente y trato recibido, horario y duración, utilidad para la madre y el bebé así como evaluación de los profesionales. A su vez, de forma abierta se pregunta qué es lo que más ha gustado, qué temas a tratar añadiría, así como cuáles suprimiría.

Resultados: El número de encuestas realizadas es 126. La valoración global taller es excelente (89%) y buena (11%). El espacio es valorado como excelente (51%), bueno (46%) y regular (3%). La valoración del ambiente fue excelente (100%). En cuanto al horario fue excelente (75%), bueno (24%) y regular (1%). La utilidad del taller fue excelente (92%) y buena (8%). Lo que más gustó a las asistentes fue la ayuda recibida (53%), en contacto con otras madres (14%) y el trato recibido (14%). Dentro de los temas a añadir no se propuso ninguno (82%), primeros auxilios (7%), el desarrollo psicomotor (4%) y la integración de los padres (3%). El 98% de las madres opinaron no quitar ningún tema de los tratados. Por último, la valoración de las profesionales responsables del taller (enfermeras de pediatría y matrona) fue excelente 96% y buena 4%.

Conclusiones: El taller de lactancia en el centro de salud es una actividad de educación para la salud a nivel comunitario con una valoración muy positiva. Proponemos su extensión en los centros de salud como medida de apoyo y promoción de la salud.

¿CÓMO MEJORAR LA PREVALENCIA EN LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD?

Sánchez-Escalonilla, González, M.R.[a1]; Losa Frías, V.[a2]; Molina Medrano, C.[a1]; López Herrero, R.[a3]; Gallegos Bayas, N.R.[a2]

[a]Centro de Salud de Fuensalida (Toledo)
[1]Enfermera de pediatría, [2]Pediatra, [3]Matrona

Introducción: La lactancia materna (LM) es una de las medidas de promoción de la salud más potente y eficiente. La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) es una estrategia cuyo objetivo es promover y apoyar prácticas en la asistencia al embarazo, parto, nacimiento y lactancia materna.

Objetivo: Conocer los cambios en la prevalencia de LM en un centro de salud tras la puesta en marcha de diferentes intervenciones.

Métodos: Revisión de cuatro estudios descriptivos y retrospectivos. Se obtuvieron prevalencias de LM tras el asesoramiento individual de las madres, tras el asesoramiento comunitario en talleres de lactancia y tras la aplicación de la estrategia IHAN en el centro de salud.

Resultados: En el año 1998 tras el asesoramiento individual a las madres inician la LM el 88% de las mujeres, a los seis meses siguen el 16% y a los 12 meses el 2%. En el año 2002 tras el inicio de los talleres de lactancia inician LM el 87%, siguen a los seis meses el 47% y a los 12 meses el 17%. En el año 2011 en la fase 2D de la IHAN, la prevalencia de LM exclusiva es del 66% a los quince días, del 60% a los seis meses y de LM continuada del 28% a los 12 meses y del 8% a los dos años. En el año 2015 en la fase 3D de la IHAN la prevalencia de LM exclusiva es del 92% a los quince días, del 57% a los seis meses y de LM continuada del 72% a los 12 meses y del 21% a los dos años.

Conclusiones: Los talleres de lactancia y la implantación de la estrategia IHAN en los centros de salud son estrategias que pueden favorecer la promoción de la lactancia materna.

ENFERMEDAD INVASORA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. SITUACIÓN EN CASTILLA LA MANCHA Y ÁREA SANITARIA DE TOLEDO CENTRO-MANCHA

Villaizán Pérez, C.[a1]; Garde Morales, T.[b1];
Ruíz Pérez, Mª José[c2]; García Colmenero, C.[c3]

[a]Centro de Salud de Sonseca (Toledo)
[b]Centro de Salud Sta Mª de Benquerencia (Toledo)
[c]Sección de Epidemiología. Servicio de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Toledo
[1]Pediatra de Atención Primaria, [2]Técnico de Salud, [3]Jefe de Sección técnica

Introducción

El neumococo produce una importante carga de enfermedad en niños. La introducción de las vacunas antineumocócicas ha modificado la clínica y los serotipos aislados.

Objetivos

Estudiar la tasa de incidencia, presentación clínica y serotipos de la enfermedad neumocócica invasora (ENI) en menores de 14 años de Castilla la Mancha (CLM) y en el Área Sanitaria de Toledo Centro-Mancha (TCM). **Métodos**

1. Revisión de los informes de vigilancia de ENI 2007-2014 de la Dirección General de Salud Pública.
2. Estudio descriptivo de la tasas de incidencias de la ENI y variables: edad, sexo, presentación clínica y serotipos aislados.

Resultados

Las tasas de incidencia anual acumuladas en CLM oscilan entre 6,58-11,72 casos por 100.000 habitantes. La pendiente de la curva 2007-2014 es descendente.
El porcentaje de serotipos vacunales (tridecavalente) aislados disminuyó desde 2010-2014 (58% a 25%).
En el Área de TCM se han registrado 50 casos: 13 en < 1 año, 27 entre 1-4 años y 10 en > 4 años. La tasa en 2014 fue de 2,15.
Tres pacientes padecían enfermedad crónica. Predominó el sexo masculino.
Enero, febrero, abril y noviembre concentraron el mayor número de casos.
La presentación clínica más frecuente fue la neumonía con bacteriemia, excepto < 1 año donde predominó la sepsis.
La tasa de letalidad fue 0 y la principal complicación el empiema.
En < 1 año, los 2, 3 y 12 meses agrupan la mayoría de casos.

Conclusiones

- La tasa de incidencia en TCM fue 2,15 y en CLM, 6,31.
- Existe una disminución de las tasas en CLM, en <1 año y en el grupo de 1-4 años.
  Requieren especial atención: < 3 meses y los 12 meses
- La presentación más frecuente en < 1 año es la sepsis, y en mayores la neumonía con bacteriemia.

Existe una disminución de los serotipos vacunales aislados.

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS PEDIATRAS RESPECTO A LA ASISTENCIA PRESTADA A LOS NIÑOS ASMÁTICOS EN CASTILLA – LA MANCHA?

Blanco González, J.E.

Pediatra de Atención Primaria. EAP El Casar. Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

La atención al niño asmático precisa capacitación de los profesionales y recursos suficientes.

OBJETIVOS:

1. Conocer la opinión de los profesionales respecto al manejo del asma pedriático en Castilla – La Mancha.
2. Describir los recursos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta anónima en línea a médicos asistenciales de Castilla – La Mancha de población infantil respecto a aspectos sociodemográficos, asistenciales, organizativos, recursos materiales, manejo práctico, educación sanitaria y percepción personal profesional.

Envío a través de correo electrónico.

Análisis descriptivo y tabulación de datos:“LibreOffice Calc Versión: 4.3.5.2”.

RESULTADOS

Población diana: 410 pediatras (246 en AP, 164 hospitalarios). Cumplimentadas: 51 (12,44%).

Perfil profesional: mujer (74,51%), pediatra MIR (86,27%), experiencia 21 - 25 años (29,41%), en centro de salud (80,39%), urbano (68,63%) y con presión asistencial diaria de 27,88. Atiende en consulta programada (50,98%) durante 10-15' (61,54%). Censo de asmáticos en 45,10% y reflejan el estado de control el 50,98%.

Utilizan espirometría 41,10% (realización -82,14%- por enfermería), disponibilidad 64,71%. No la usan por falta de formación 31,58%.

Diagnóstico etiológico: IgE específicas 64,71%, prick-test 15,69% (factible en primaria para el 64,71%).

Manejo con criterios exclusivamente clínicos (54,90% en escolares y 68,63% en preescolares).

Disponen de cámaras (Prochamber 94,12%) e inhaladores. Intervenciones educativas en 70,59%, con demostración técnica inhalatoria 100% y actuación ante reagudización (83,33%). Facilitan plan de acción escrito, 50%; entrenan automanejo, 36,11%; uso práctico medidor FEM 16,67%. Educación grupal: 8,33%.

Percepción del estado de salud de sus pacientes: Media 7,06 (Max 9 – Min 2), Mediana: 7.

Percepción sobre la atención global del asma en su provincia: Media 5,44 (Max 8 – Min 1), Mediana: 6.

CONCLUSIONES

Los pediatras percibimos que la atención al paciente pediátrico asmático en Castilla – La Mancha tiene margen de mejora. Los aspectos formativos de los propios profesionales y la aplicación de herramientas educativas y diagnósticas aún precisan mejorar.