22j pap andalucía

22 jornadas de pediatría de atención primaria de andalucía

16 y 17 de marzo de 2018 | MÁLAGA

Trabajando por la infancia, trabajando para el futuro

AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

asociación andaluza
de pediatría
de atención primaria

www.pediatrasandalucia.org

1ª edición: marzo 2018

©AndAPap Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria

Edita Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria

ISBN: **978-84-09-00711-0**

ISSN: **ISSN 2603-9338**

Depósito Legal: MA 359-2018

Reservados todos los derechos. Publicación gratuita en formato digital pdf, descargable. Queda prohibida su reproducción sin la referencia a esta publicación.

Advertencias

Este libro recoge las ponencias y comunicaciones científicas presentadas en las 22ª Jornadas de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía 2018, celebradas en Málaga los días 16-17 de marzo de 2018.

Las opiniones y contenidos de este libro corresponden en exclusiva a sus autores; a éstos debe atribuirse la responsabilidad y el mérito. Por tanto, debe entenderse que los editores y la AndAPap no comparten necesariamente las afirmaciones y posicionamientos expuestos por los autores.

Tanto los autores como los editores han puesto el mayor cuidado e interés para evitar errores en la transcripción de tratamientos, fármacos y la dosificación de éstos. No obstante, como precaución adicional ante posibles errores inadvertidos, recomendamos a los lectores que contrasten estos datos con otras fuentes antes de aplicarlos a los pacientes.

La rápida evolución de los conocimientos médicos y la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles en cada momento pueden hacer que algunos de los contenidos de este libro pueden perder actualidad y vigencia con el tiempo. Recomendamos a los lectores que estén atentos a estos cambios y los evalúen de forma crítica.

COORDINADOR

PEDRO CAMPOS NIETO

VOCALES

JUANA MARÍA LEDESMA ALBARRÁN
GUADALUPE DEL CASTILLO AGUAS
ANA GALLEGO IBORRA
ROCÍO MORENO CUBERO
ELOÍSA DE SANTIAGO GARCÍA-CARO
VERÓNICA FERNÁNDEZ ROMERO
RAFAEL JIMÉNEZ ALÉS
JOSÉ MURCIA GARCÍA
LEONOR QUESADA RODRIGUEZ
ÁNGELES HERNÁNDEZ ENCINAS
CARLOS VALDIVIA JIMÉNEZ
ELENA GONZÁLEZ SEGURA

COORDINADORES

JOSÉ MURCIA GARCÍA
FCO JAVIER NAVARRO QUESADA

VOCALES

GUADALUPE DEL CASTILLO AGUAS
NURIA MARTÍNEZ MORAL
ÁNGELES HERNÁNDEZ ENCINAS
RAFAEL JIMÉNEZ ALÉS
PEDRO CAMPOS NIETO
ANA GALLEGO IBORRA
JUANA MARÍA LEDESMA ALBARRÁN
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
JOSÉ EMILIO CALLEJAS POZO
MARÍA ELENA FERNÁNDEZ SEGURA

ÍNDICE DE TEMAS

	Pág
Actualización en Digestivo Infantil. *Trastornos digestivos funcionales …un reto para el pediatra de AP* *Dra. Beatriz Espín Jaime*	1
Actualización en manejo del dolor en Pediatría. *Evaluación, Tratamiento y Prevención del dolor* *Dra. Verónica Fernández Romero*	7
Actualización en Infectología Pediátrica. *Utilización de Técnicas Rápidas de detección de Antígeno Estreptocócico de Grupo A* *Dr. José Murcia García*	23
Actualización en Infectología Pediátrica *Pruebas Diagnósticas necesarias en Atención Primaria* *Dra. María del Pilar Lupiani Castellanos*	33
Actualización en Infectología Pediátrica *Sepsis en Pediatría. ¿Dónde estamos?* *Dr. Juan Luís Santos Pérez*	41
Actualización en Alimentación Infantil *Lactancia más allá de los 6 meses* *Dr. Raúl Peiró Aranda*	49
Actualización en Alimentación Infantil. *Alimentación complementaria: Cuándo, qué, cómo y cuánto* *Dra. Mª Elena Fernández segura*	54
Actualización en Gestión de la Consulta. *Microgestión en la consulta del Pediatra de Atención Primaria* *Dr. Rafael Jiménez Alés* *Dr. Fco Javier Navarro Quesada*	62
Actualización en Neonatología *Recomendaciones del protocolo de seguimiento para el niño con peso menor de 1500g o menor de 32 semanas de gestación* *Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso*	72
Actualización en Nefrología Pediátrica *Herramientas diagnósticas en Atención Primaria* *Dra. Montserrat Antón Gamero*	79
Actualización en Neumología Pediátrica *Sibilantes recurrentes en niños* *Dr. Manuel Praena Crespo*	86
Actualización en Salud Mental Infantil *Protocolo de Abordaje del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad) en el Sistema Sanitario Público de Andalucia* *Dr. Rufino Hergueta Lendínez*	97
Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia *Acompañando en AP desde el respeto a la diversidad de género* *Dr. José Emilio Callejas Pozo*	103
Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia *Aspectos relevantes en la Atención Endrocrionológica a niñ*s y Adolescentes Trans* *Dr. Raúl Hoyos Gurrea; Dra. Ana Mª Peinado Garrido;* *Dra. Vega Mª Garzón Hernández*	111
Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia *Diversidad de género en la infancia y adolescencia desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos* *Dr. Amets Suess Schwend*	121

ÍNDICE DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS 2018

PRIMER/A AUTOR/A		TÍTULO	Pág
María	Álvarez Casaño	AIEPI COMUNITARIO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE BARRIOS MARGINALES DE TEGUCIGALPA EN 2017	141
Cintia	Aguilar Albarracín	FLEBECTASIA DE LA VENA YUGULAR INTERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO	142
Lidia	Aguilera Nieto	¿QUÉ HACER ANTE UNA ELEVACIÓN DE TSH AISLADA? REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE HIPERTIROTROPINEMIAS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS	143
Antonio	Almagro Tello	ENFERMEDAD DE BERGER, UNA ENTIDAD CLÍNICA FRECUENTE EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	144
Antonio	Almagro Tello	GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA COMO CAUSA DE SÍNDROME NEFRÍTICO AGUDO EN PEDIATRÍA. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA	145
Cristina	Antúnez Fernández	NIÑOS VIAJEROS, BCGITIS COMO EFECTO ADVERSO DE VACUNACIÓN	146
Ana Isabel	Armenteros López	ERITEMA PERIORBITARIO EN OJOS DE MAPACHE EN EL RECIEN NACIDO: LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL	147
Ana Isabel	Armenteros López	LOS PADRES DE NIÑOS CON OBESIDAD, ¿DISTORSIONAN LA REALIDAD?	148
Lourdes	Artacho González	EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE PROYECTO DE COOPERACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN HONDURAS.	149
Tatiana	Ballesteros Lara	IMPORTANCIA DEL SÍNDROME MONOCUCLEÓSICO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI. A PROPÓSITO DE UN CASO EN CONSULTA	150
Tatiana	Ballesteros Lara	ERITEMA FIJO PIGMENTARIO TRAS LA TOMA DE METAMIZOL. UN CASO EN CONSULTA DE PEDIATRÍA	151
Tatiana	Ballesteros Lara	KAWASAKI DE DIFICIL DIAGNOSTICO. UN CASO EN FASE SUBAGUDA.	152
Ana	Cabrera Del Moral	PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS AIEPI EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN BARRIOS MARGINALES DE TEGUCIGALPA ATENDIDA POR LA ONG ACOES Y EN LA ZONA RURAL DE MARCALA. HONDURAS. PROYECTO SUYAPA	153
Laura	Cabrera Morente	SÍNDROME DE DI GEORGE, A PROPÓSITO DE UN CASO	154
Esther	Cambrón Carmona	HIPERFOSFATASEMIA EN UN LACTANTE: NO SIEMPRE ES PATOLOGÍA GRAVE	155
Antonio	Carmona Espejo	TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA	156
Antonio	Carmona Espejo	PACIENTE SINDROME DE DOWN CON TRASTORNO DE LA MARCHA: QUÉ PENSAR	157
Sonia	Carriquí Arenas	DIABETES TIPO I: PERFIL LIPÍDICO EN PEDIATRÍA	158
Sonia	Carriquí Arenas	Encefalopatía epiléptica refractaria inducida por fiebre (Síndrome FIRES)	159
Cristina	Castillejo Nieto	TRANSEXUALIDAD EN MENORES: ACLARANDO CONCEPTOS	160
Beatriz	Cófreces Pérez	Hipertensión arterial en Pediatría: de las recomendaciones a la práctica.	161
Angela	Cruz Palomares	LO QUE LA FIEBRE PROLONGADA PUEDE ESCONDER: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE INICIO SISTÉMICO.	162
Zaira	Cubiles Arillo	HEPATITIS VIRAL COMO FACTOR DESENCADENANTE DE HEPATITIS AUTOINMUNE	163
Eloísa	de Santiago García-Caro	DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN PACIENTE CON DÉFICIT DE IG A, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE.	164
Guadalupe	del Castillo Aguas	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA, A NIVEL PROVINCIAL	165
Antonio	del Valle de Toro	INFECCIÓN POR AEROMONAS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA	166
Inmaculada	Delicado Calderón	SÍNDROMES EN LA INFANCIA Y DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	167
Ana	Extraviz Moreno	NO TODO LO QUE PICA ES ATOPIA: SÍNDROME DE WELLS BULLOSO SECUNDARIO A ESCABIOSIS	168
Silvia	Fernández Peregrina	LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA, LA GRAN DESCONOCIDA.	169
Verónica	Fernández Romero	NO TODA ERUPCIÓN TRAS LA INGESTA DE ALIMENTOS ES UNA ALERGIA: SÍNDROME DE FREY, DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.	170
Julia	Ferrero Turrion	CASO CLÍNICO SOBRE UNA INFECCIÓN AÚN LATENTE	171
Julia	Ferrero Turrion	DESPATOLOGIZACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y CONCIENCIA DE SU COMORBILIDAD	172
Antonio	Gámiz Gámiz	SITUACION ACTUAL DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO SEPSIS GRAVE EN PEDIATRIA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANDALUCÍA.	173
Claudia	García Barrionuevo	SÍNDROME A TENER EN CUENTA ANTE UN HÁBITO MARFANOIDE	174
Elena	García Jiménez	PACIENTE CON DEPOSICIONES LÍQUIDAS NARANJAS, ¿DEBE PREOCUPARME?	175
Mª Carmen	García Saborido	CEFALEA OFTALMOPLÉJICA EN NIÑO DE 10 AÑOS	176
Laura	García Soto	NIÑO DE 9 AÑOS CON AFTA ORAL RECURRENTE: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS	177
Jesús	Garrido Casado	RABDOMIOLISIS COMO COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE POSTVARICELA.	178
Jesús	Garrido Casado	ALGO MÁS QUE UN ANGIOMA PLANO CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE STURGE-WEBER.	179
Lucía Blanca	Gavilán Santos	BARRERAS Y RECURSOS RECONOCIDOS POR LOS PADRES PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD INFANTIL	180
Inmaculada	Gil Alexandres	SECUENCIA DE PIERRE ROBIN DE DIAGNÓSTICO TARDÍO. IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO.	181
Inmaculada	Gómez Garrido	NISTAGMO ¿O ALGO MÁS?	182
Inmaculada	Gómez Garrido	EXANTEMA MEDICAMENTOSO EN LA INFANCIA	183
Raquel	González Villén	MÁS QUE UN BROTE PSICÓTICO	184
Nuria	Heredia Torres	HEPATITIS AUTOINMUNE DESENCADENADA TRAS INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS A: A PROPÓSITO DE UN CASO	185
Cristina	Hoyos Leyva	BROTES DE ENFERMEDAD BOCA MANO PIE EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA	186

Irene	Ibáñez Godoy	EDUCACIÓN EN ASMA EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD DE AREA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL	187
Mª Inés	Jiménez Castillo	URTICARIA AGUDA RECURRENTE Y HELICOBATER PYLORI, UNA ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA.	188
Cristina	Jiménez Cobo	INVAGINACIÓN INTESTINAL DE COLOR PÚRPURA.	189
Esther	Jiménez Iniesta	ESCUCHAR Y EXPLORAR, ES LO ESENCIAL	190
Esther	Jiménez Iniesta	ERITEMA NODOSO, ¿QUÉ PENSAR? A PROPÓSITO DE UN CASO	191
Esther	Jiménez Iniesta	¿CADA HEMISFERIO CEREBRAL CONTROL LA MITAD OPUESTA DEL CUERPO?	192
Beatriz	Jiménez Jurado	SITUS AMBIGUOUS CON POLIESPLENIA ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?	193
Beatriz	Jiménez Jurado	COLABORACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA CON UN BANCO DE LECHE HUMANA	194
Sara	Jiménez Montilla	GASTROENTERITIS AGUDA EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA APLICACIÓN DE SCORES CLÍNICOS DENSIDAD URINARIA	195
Sara	Jiménez Montilla	INTOXICACIÓN POR ACEITE DEL ÁRBOL DEL TÉ; A PROPÓSITO DE UN CASO	196
Sara	Jiménez Montilla	OBESIDAD Y FACTORES AMBIENTALES: EL ENTORNO OBESOGÉNICO	197
Sara	Jiménez Montilla	OBESIDAD Y FACTORES AMBIENTALES: INFLUENCIA DEL ENTORNO ESCOLAR Y FAMILIAR	198
Sara	Jiménez Montilla	SU HIOJO TIENE PFAPA ¿Y AHORA QUE?	199
Marisa	López Reyes	UTILIDAD DE LOS CULTIVOS DE LECHE HUMANA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MASTITIS EN LA LACTANCIA	200
Alfonsa	Lora Espinosa	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA PEDIATRÍA - UAIT	201
Alba	Luzón Avivar	EXPERIENCIA DE ACTIVIDADES GRUPALES Y PARENTALIDAD POSITIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA TALLER “BEBÉ A BORDO Y ALGO MÁS”	202
Ala	Luzón Avivar	UN SUPERNIÑO CON MICROCEFALIA	203
Rafael	Martín Masot	ERUPCIÓN SÚBITA Y SIMÉTRICA EN PABELLONES AURICULARES DE ADOLESCENTE ASINTOMÁTICO	204
María Rocío	Martín Moya	ESCLEROSIS MESIAL TEMPORAL, UNA EPILEPSIA POCO CONOCIDA EN LA INFANCIA	205
María Rocío	Martín Moya	LUMBOCIATALGIA COMO SÍNTOMA GUÍA DE MENISCO DISCOIDE	206
Mercedes	Martínez Rebollo	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LA COMORBILIDAD.	207
Mª Carmen	Melguizo Morales	HIDROCEFALIA EXTERNA BENIGNA IDIOPÁTICA COMO ETIOLOGÍA DE MACROCEFALIA EVOLUTIVA EN PACIENTE CON NEURODESARROLLO ACORDE A SU EDAD.	208
Patricia	Miranda Romera	DISFONÍA EN EL NIÑO. UN SÍNTOMA COMÚN PUEDE ESCONDER UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE	209
Victoria	Molina Martinez	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES OBESOS REMITIDOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.	210
Adrián	Muñoz-Cruzado Rosete	INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABIS EN PEDIATRIA	211
Adrián	Muñoz-Cruzado Rosete	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASA CERVICAL EN PEDIATRÍA	212
Cristina	Pardo Domínguez	ENTROPION CONGÉNITO, A PROPÓSITO DE UN CASO	213
Cecilia	Pérez Salgado	OS TRIGONUM Y OS TIBIALE. ENTIDADES A TENER EN CUENTA ANTE UN PIE QUE DUELE.	214
Maria Asunción	Pino Gálvez	COJERA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. NO SIEMPRE UNA ETIOLOGÍA BANAL	215
Rosario	Resola Camacho	NEFRITIS LÚPICA: UN ESTUDIO DE CASO	216
Rosario	Resola Camacho	HEMATOMA DUODENAL DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO: ESTUDIO DE CASO	217
Carmen	Rivas Rodríguez	QUERATOSIS SEBORREICA, UNA LESIÓN NO HABITUAL EN LA INFANCIA	218
Isabel	Rodríguez Sánchez	FPIES /SEIPA: UN RETO DIAGNÓSTICO, NO TAN INFRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	219
Mª Ángeles	Rojas Panadero	PROCTALGIA Y SU CAUSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO	220
Silvia	Romero Morilla	ATAXIA CEREBELOSA EN LACTANTE 23 MESES	221
Silvia	Romero Morilla	DERMATITIS ATOPICA, UN CASO SEVERO.	222
Beatriz	Ruiz Garrido	CUANDO EL COLOR ES LO QUE IMPORTA: FLUJO VERDOSO EN VULVOVAGINITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA	223
Beatriz	Ruiz Garrido	EL PELIGRO DE UN NIÑO RONCADOR. SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO GRAVE.	224
Francisco	Sánchez Martínez	INFECCIÓN OSTEOARTICULAR DE CAUSA INFRECUENTE ENUNA NIÑA SANA.	225
Cristina	Teruel Gómez	EL TRASTORNO PSICOSOMÁTICO : A PROPÓSITO DE UN CASO	226
Cristina	Teruel Gómez	URTICARIA PINGMENTOSA Y SU MANEJO EN PEDIATRÍA	227
Natalia	Zafra Ramírez	HALLANDO LA PAZ ENTRE CUERPO Y MENTE	228

Actualización en Digestivo Infantil

"Trastornos digestivos funcionales …un reto para el pediatra de AP".

Beatriz Espín Jaime
Pediatra. Unidad de Gastroenterología Pediátrica.
Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla
espinj@arrakis.es

¿Cómo citar este artículo?
Espín Jaime, Beatríz
Actualización en digestivo Infantil. Trastornos Digestivos Funcionales…un reto para el pediatra de Atención Primaria
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.1-6

Resumen

Los trastornos digestivos –o gastrointestinales (GI)– funcionales pediátricos, comprenden un conjunto de síntomas GI crónicos o recurrentes, no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas, con interferencia importante en la calidad de vida del niño y su familia. Los pacientes se identifican por su pertenencia a algunos de los subgrupos sintomáticos, que se basan principalmente en opiniones de consenso, denominadas "Criterios de Roma". En 2016 se ha publicado la última revisión de dichos criterios, 4.ª para adultos y 3.ª para Pediatría, que en nuestro caso se conocen como Criterios pediátricos Roma IV. Se dividen según la edad en 2 grandes grupos:

- Menores de cinco años (neonato y niño pequeño): regurgitación del lactante, síndrome de rumiación, síndrome de vómitos cíclicos, cólico del lactante, diarrea funcional, disquecia del lactante y estreñimiento funcional.
- De 4 a 18 años (niño mayor y adolescente): síndrome de vómitos cíclicos, náuseas y vómitos funcionales, síndrome de rumiación, aerofagia, dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal, dolor abdominal funcional no especificado de otra manera, estreñimiento funcional e incontinencia fecal no retentiva.

En este seminario nos centraremos en el grupo de 4 a 18 años, exponiendo sus criterios diagnósticos y actualizando datos, siempre que sea posible desde la evidencia científica, sobre su evaluación clínica y tratamiento.

Introducción

Los trastornos digestivos –o GI– funcionales (TDF o TGIF) pediátricos, comprenden un conjunto de síntomas GI crónicos o recurrentes, no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas, con interferencia importante en la calidad de vida del niño y su familia. Para definir los TDF solo pueden utilizarse síntomas, pues carecen de marcadores biológicos objetivos. Los pacientes se identifican por su pertenencia a algunos de los subgrupos sintomáticos, que se basan principalmente en opiniones de consenso, denominadas en su conjunto "Criterios de Roma"1. En 2016 se publicó la última revisión de dichos criterios, 4.ª para adultos y 3.ª para Pediatría,

que en nuestro caso se conocen como Criterios pediátricos Roma IV, en los que se mantiene la misma división en dos tramos de edad que en la revisión previa: menores de 5 años (Tabla 1) y entre 4 y 18 años (Tabla 2) .

Tabla 1. Trastornos digestivos funcionales pediátricos: Neonato y niño pequeño. Criterios Roma IV

G1 Regurgitación del lactante
G2 Síndrome de rumiación
G3 Síndrome de vómitos cíclicos
G4 Cólico del lactante
G5 Diarrea funcional
G6 Disquecia del lactante
G7 Estreñimiento funcional

Tabla 2. Trastornos digestivos funcionales pediátricos: Niño y adolescente. Criterios Roma IV

H1. Trastornos de náuseas y vómitos funcionales
H1a. Síndrome de vómitos cíclicos
H1b. Náuseas funcionales y vómitos funcionales
H1c. Síndrome de rumiación
H1d. Aerofagia
H2. Trastornos de dolor abdominal funcional
H2a. Dispepsia funcional
H2b. Síndrome de intestino irritable
H2c. Migraña abdominal
H2d. Dolor abdominal funcional no especificado de otra forma
H3. Trastornos funcionales de la defecación
H3a. Estreñimiento funcional
H3b. Incontinencia fecal no retentiva

Breve recuerdo histórico de los criterios diagnósticos

Inicialmente se realizó solo en el adulto, agrupándolos por síntomas en grupos homogéneos: Criterios Roma I (1990). En la segunda revisión de estos criterios, Criterios de Roma II (1999)2, se realizó la primera clasificación en niños, basada también en síntomas, dependientes de la edad, referidos de forma subjetiva por los niños o sus padres. Incluían cuatro trastornos principales: vómitos, dolor abdominal, diarrea funcional y trastornos de la defecación. Trataba de normalizar las definiciones, con un lenguaje común para el manejo clínico y la investigación. Su aplicación clínica mostró diversas limitaciones, lo que condujo a los Criterios de Roma III (2006) basados en la experiencia clínica y en la información científica disponible hasta esa fecha. Estos criterios fueron más inclusivos que los previos, lo que supuso un aumento de los diagnósticos de los TDF. En las definiciones pediátricas sigue siendo prioritario el síntoma predominante, a diferencia del adulto en el que la clasificación se basaba ya en el órgano afecto. Se distinguen dos grandes categorías según la edad, debido a las diferencias en el crecimiento y

desarrollo que condicionan en gran manera su forma de expresión: menores de cinco años (*neonate-toddler* en inglés, que sería el equivalente aproximado a neonato y niño pequeño –lactante y preescolar– en castellano) y entre 4 y 18 años (*child-adolescent* en inglés, que sería el equivalente aproximado a niño escolar y adolescente en castellano).

La necesidad de incorporar algún TDF ya presente en adultos pero no contemplado en población pediátrica, como la náusea funcional, y la baja utilización de estos criterios como herramienta clínica, con baja concordancia entre los profesionales, por su descripción amplia de los síntomas, frecuentemente superpuestos, y basados en consenso de expertos, han conducido a la reciente aparición de los Criterios de Roma IV (2016), que intentan incorporar toda la información nueva disponible en los últimos 10 años. Se basan en la evidencia científica salvo cuando no la haya, en cuyo caso sigue siendo necesario la opinión de expertos (método Delphi). Se asume la existencia de anomalías, como por ejemplo en la función inmune de la mucosa y/o en la microbiota. Estos nuevos criterios se denominan ahora "trastornos de la interacción cerebro-intestino". Como aspectos relevantes respecto a los previos destacan la participación de la Atención Primaria y la consideración multidimensional (no solo clínica, sino también psicosocial) del problema.

Epidemiologia

La prevalencia en población aparentemente sana es muy elevada, pese a que es difícil establecer datos globales por la gran heterogeneidad en las definiciones aplicadas en los diversos estudios. Estas entidades se manifiestan en un tramo de edad característico para cada una de ellas. En población escolar, donde sí hay cuestionarios validados para los TDF (aunque hasta la fecha referentes a los Criterios Roma III), se observa una prevalencia del 20-40%, con predominio de los trastornos de la defecación (10-20%), seguido de los relacionados con el dolor abdominal (10-20%) y de los vómitos y aerofagia (0,5-4%).

La carencia de herramientas adecuadas y validadas para niños pequeños hasta fechas recientes ha dificultado su valoración en este tramo de edad. En una revisión reciente de estudios realizados hasta el año de edad, se reportaron prevalencias tan dispares como las siguientes, reflejo de la heterogeneidad referida previamente: 2-73% de cólico del lactante, 3-87% de regurgitación, 0,05-39% de estreñimiento funcional, 2-4,1% de diarrea funcional y 0,9-5,6% de disquecia. Un estudio en EE. UU., basado en Criterios Roma III aporta una prevalencia global del 27% en menores de cuatro años, presentando el 20% más de un trastorno. En el primer año los más frecuentes fueron la regurgitación (25%) y el cólico (6%); en el segundo y tercer año de edad fueron el estreñimiento funcional (9,4%), la diarrea funcional (6,4%) y el síndrome de vómitos cíclicos (6,4%).

Se estima que solo unas pocas de las familias de los niños con TDF van a solicitar asistencia sanitaria, pero dada su alta prevalencia, condiciona que sea un motivo de consulta muy frecuente en la población pediátrica. Su repercusión en la calidad de vida de los afectados y sus familias es elevada.

Fisiopatología

Imperaba hasta fechas recientes la consideración de trastorno principalmente psicosocial, pero actualmente se impone el modelo biopsicosocial, a través de una compleja interacción entre factores de vulnerabilidad genética, ambientales, psicológicos y psicosociales que, junto con experiencias tempranas en la vida, configurarían de alguna forma la habilidad del sistema nervioso central y digestivo para adaptarse a los cambios fisiológicos o de estrés. Una función intestinal alterada implicaría alteraciones en el procesamiento central de las señales de dolor del sistema digestivo, con una hipersensibilidad visceral y/o una posible disregulación inmune mucosa y microbiana.

Existe una evidencia creciente sobre la importancia de vivencias tempranas orgánicas (por ejemplo, infecciones gastrointestinales) y emocionales (por ejemplo, privación emocional) en el desarrollo de estos trastornos, siendo necesario, además, la existencia de una predisposición genética.

Este modelo biopsicosocial se explica como una disfunción del eje cerebro-intestino. Este eje ligaría los centros emocionales y cognitivos del cerebro con las funciones intestinales periféricas, mediante una comunicación bidireccional. Las emociones, pensamientos y percepciones influirían a nivel gastrointestinal en la secreción, sensación, motilidad, regulación inmune, inflamación mucosa y permeabilidad. En sentido inverso, una función gastrointestinal alterada podría influir en la percepción consciente y en los comportamientos. El sistema gastrointestinal estaría mandando constantemente señales al cerebro, no percibidas conscientemente en el individuo sano, pero que en el caso de estos pacientes se harían conscientes y conllevarían cambios, con una respuesta exagerada tanto a estímulos nocivos como fisiológicos, respuesta conocida como hiperalgesia visceral. A esto anterior habría que añadir el papel cada vez más relevante de la microbiota intestinal, que podría estar alterada en su composición o su biomasa total por factores de estrés físico y social. De todas formas, a pesar de la gran cantidad de hipótesis y hallazgos aislados de los que disponemos, la causa que provoca la mayoría de TDF sigue sin esclarecerse.

TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES PEDIÁTRICOS. NIÑO Y ADOLESCENTE (4-18 AÑOS). CRITERIOS ROMA IV

En todos ellos la frase “no existe evidencia de enfermedad orgánica” se ha sustituido por “después de la apropiada evaluación médica los síntomas no pueden ser atribuidos a otra condición médica”. Este cambio permite al clínico el desarrollo selectivo o no de determinadas pruebas para apoyar el diagnóstico positivo de un TDF. Se resalta que un TDF puede coexistir con otras condiciones médicas que por sí mismas resulten en síntomas gastrointestinales (por ejemplo, enfermedad inflamatoria intestinal crónica).

Síndrome de vómitos cíclicos (SVC)

Su prevalencia es del 0,2-1% según criterios Roma III. La edad media de inicio sintomático varía de tres a siete años, pero puede ocurrir durante la infancia o la adultez. Casi la mitad inician la sintomatología con una edad de tres años o menos. Puede coexistir con dolor abdominal, pero si este es el síntoma predominante, debe considerarse el diagnóstico de migraña abdominal.

Trastornos de dolor abdominal funcional (TDAF)

Es importante distinguir entre los diferentes tipos de TDAF. Para aquellos pacientes que no cumplan los criterios de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal, se ha creado el término dolor abdominal funcional (DAF) no especificado de otra manera. Puede haber solapamiento entre los diferentes trastornos en un paciente individual. Se reconoce que, para propósitos clínicos, el término DAF todavía será usado. El objetivo principal del tratamiento no es tanto la desaparición del dolor como la recuperación de la actividad habitual normal del niño. El que los padres y el niño acepten el papel de los componentes biopsicosociales del dolor se asocia fuertemente con un pronóstico favorable.

Migraña Abdominal (MA)

Debe cumplir todo lo siguiente al menos dos veces en los seis meses anteriores al diagnóstico:

- Episodios paroxísticos de dolor abdominal periumbilical, en línea media o difuso, que duran una hora o más, siendo este el síntoma más importante.
- Episodios separados por semanas a meses.
- El Síntomas y patrones estereotipados en cada paciente individual.
- El dolor está asociado con dos o más de los siguientes: anorexia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, fotofobia y palidez.
- Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición. dolor es incapacitante e interfiere con la actividad habitual.

Datos de alarma potencial en el niño con dolor abdominal crónico

- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal,
- enfermedad celiaca o úlcera péptica
- Dolor persistente en cuadrante superior derecho o inferior derecho
- Disfagia
- Odinofagia
- Vómitos persistentes
- Sangrado gastrointestinal
- Diarrea nocturna
- Artritis
- Enfermedad perianal
- Pérdida de peso involuntaria
- Detención del crecimiento
- Pubertad retrasada
- Fiebre inexplicada

Estreñimiento funcional (EF)

Debe incluir dos o más de los siguientes, con ocurrencia al menos una vez por semana, por un mínimo de un mes, con criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable:Dos o menos deposiciones por semana en el sanitario.

- Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana.
- Historia de posturas retentivas o retención fecal excesiva voluntaria.
- Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras.

- Presencia de una gran masa fecal en el recto.
- Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario.

Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Incontinencia fecal no retentiva (IFNR)

En un niño con desarrollo mental de al menos cuatro años, durante al menos un mes:

- Defecación en lugares inapropiados al contexto sociocultural.
- Sin evidencia de retención fecal.
- Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Se debe investigar: existencia de estreñimiento, edad de inicio, tipo y cantidad de material evacuado, historia dietética, medicaciones, síntomas urinarios coexistentes, comorbilidad psicosocial y estresantes personales o familiares. Se ha de realizar una exploración física cuidadosa, nutricional, abdominal, perineal y neurológica.

CONCLUSIONES

Los TDF incluyen una combinación variable de síntomas edad dependientes que no se pueden explicar por alteraciones bioquímicas ni estructurales.

A pesar de que en el neonato y niño pequeño frecuentemente son benignos y con tendencia a la resolución espontánea, generan mucha ansiedad familiar, lo que conlleva la utilización, por parte de la familia o del profesional sanitario, en ocasiones injustificada desde la evidencia, de diferentes opciones terapéuticas. Tras una valoración adecuada del problema, que descarte complicaciones u otros diagnósticos, nuestro objetivo principal será informar y tranquilizar a la familia, asegurando una alianza terapéutica con los familiares.

En el niño mayor y adolescente constituyen un espectro amplio, en el que se involucran factores fisiológicos, psíquicos y culturales, que aumentan la percepción de los síntomas y alteran la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Constituyen un reto para el pediatra. Los criterios actuales se han diseñado para poder realizar diagnósticos positivos sin necesidad de exploraciones complementarias, en ausencia de datos de alarma. El enfoque del tratamiento debe hacerse desde la perspectiva biopsicosocial.

Actualización en Manejo del Dolor en Pediatría

"Evaluación, Tratamiento y Prevención del dolor".

Verónica Fernández Romero
Pediatra CS Vélez-Sur. Vélez-Málaga. Málaga.
UGC Pediatría y Neonatología Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía
veronicafernandez565@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Fernández Romero, Verónica
Actualización del manejo del dolor en Pediatría. Evaluación, tratamiento y prevención del dolor
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.7-22

INTRODUCCIÓN

El dolor o miedo al dolor es la primera causa de sufrimiento del niño que acude a un centro sanitario, tanto si presenta dolor, que acompaña a múltiples enfermedades, como el miedo al dolor que se le pueda ocasionar debido a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia emocional y sensorial desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial" y, añade que "la incapacidad de comunicarse verbalmente (como en el caso de los niños, los disminuidos psíquicos o personas en estado de inconsciencia) no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento farmacológico adecuado".

El dolor es subjetivo, una experiencia personal y multifactorial en la que intervienen componentes fisiológicos, conductuales, emocionales, del desarrollo y socioculturales, de modo que, una causa común, origina una distinta percepción del dolor en cada persona.

Además de ser una experiencia psicológicamente negativa, el dolor puede provocar respuestas fisiológicas adversas que pueden aumentar la morbimortalidad. El dolor inicia la respuesta al estrés induciendo una activación del sistema autonómico que produce taquicardia, hipertensión arterial, aumento del gasto cardíaco, aumento del consumo de oxígeno, disminución del volumen corriente respiratorio, de la movilidad diafragmática y de la tos. Desde el punto de vista hormonal y metabólico aumenta la secreción de catecolaminas, glucagón y corticoides y produce hiperglucemia, lipólisis y un mayor catabolismo proteico. También se produce una disminución de la movilidad intestinal, hipercoagulabilidad, hiperfibrinólisis y disfunción del sistema inmunitario.

El dolor en el paciente pediátrico habitualmente está infravalorado e infratratado debido a múltiples causas. Una de ellas es la falsa creencia de que los niños sienten menos dolor que el adulto, cuando es justamente lo contrario, las vías nociceptivas están formadas ya en el nacimiento, pero debido a su inmadurez sobretodo de las vías inhibitorias y moduladoras, la sensibilidad al dolor es mayor. También se tiende a pensar que el niño olvidará el dolor que se le ha causado, sin embargo, la exposición al dolor desde etapas precoces de la vida, ha demostrado modular respuestas aumentadas al mismo en exposiciones posteriores; esta memoria temprana del dolor puede condicionar el miedo y rechazo de la atención médica en la vida adulta. Por otra parte, la falta de la adecuada expresión verbal del niño de su grado de dolor

hace más difícil evaluarlo. A todo ello se le suma la falta de conocimientos sobre el tratamiento adecuado del dolor y el temor a los efectos adversos de los analgésicos.

La prevención y el tratamiento del dolor es una obligación ética del médico y está recogido como un derecho en la Carta Europea de los derechos del paciente. La Asociación Americana de Pediatría establece que "Los pediatras son responsables de eliminar o apaciguar el dolor y el sufrimiento en los niños cuando sea posible. Para lograr esto, los pediatras necesitan ampliar sus conocimientos, utilizar instrumentos y técnicas de evaluación adecuados, anticipar experiencias dolorosas e intervenir en consecuencia, utilizando un enfoque multimodal…".

Por todo lo expuesto, la valoración, el registro y el tratamiento del dolor deben formar parte de nuestra práctica clínica diaria.

VALORACIÓN DEL DOLOR

Evaluar el dolor, lo que ya se conoce como "el quinto signo vital", es esencial para poder realizar su adecuado tratamiento. Para ello existen múltiples escalas validadas que dependiendo de su metodología y posibilidad para aplicarlas podemos dividirla en 3 grupos:

1. Métodos subjetivos, autoevaluativos o de autoinforme: se basan en la información verbal que nos proporciona el propio niño por lo que se consideran el "patrón oro" al tener en cuenta el punto de vista subjetivo del dolor, así pues las usaremos siempre que nos sea posible. Para su adecuada aplicación y fiabilidad, se precisa un cierto grado de comprensión del niño y habilidad del observador para explicarlo. Entre las más utilizadas se encuentran:
   - Para niños de 3 a 6 años usaremos escalas gráficas, entre las que se encuentran:
     - Escala facial de Wong Baker (Figura 1): el niño escoge la cara más acorde con su estado.
     - Escala de OUCHER (Figura 2): se trata de una escala de caras reales mediante fotografías de un niño con 6 grados progresivos de dolor, que van desde 0 con una cara tranquila hasta 10 con una cara gritando y en actitud retraída. La representación en fotografías es comprensible a partir de los 3 años, mientras que la numérica es aplicable cuando el niño ya conoce el valor de los números. Existen variantes según sexos y raza a fin de que el niño pueda identificarse más fácilmente con las fotografías. Se pueden descargar en la web www.oucher.org.
   - Para niños a partir de los 6 años, podremos usar escalas más complejas como:
     - Escala verbal numérica (EVN) (Figura 3): es el paciente quien decide "cuanto le duele", asignando al dolor un valor numérico.
     - Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 4): de ésta existen versiones que van desde ser una línea simple cuyos extremos significan la ausencia de dolor y el dolor insoportable, a contener números, colores (un mismo color con diferente intensidad o colores diferentes) o incluso dibujos de caras.

2. Métodos físicos: no son prácticos para su utilización en la consulta.

Miden las respuestas del organismo originadas por la mediación neuroquímica producida como respuesta a la experiencia dolorosa:

- Respuesta vegetativa: medición de la FC, TA, FR, sudoración, palidez
- Aumento de hormonas: ACTH, ADH, cortisol, glucagón, aldosterona

- Disminución de prolactina e insulina
- Aumento de catecolaminas: adrenalina y noradrenalina.
- Hiperglucemia
- Disminución de la Saturación de oxígeno.

3. Métodos conductuales o comportamentales: son útiles para aplicar a lactantes y niños en etapa preverbal, así como a niños con alteraciones cognitivas o no colaboradores en los que no podemos usar los métodos autoevaluativos. Se basan en la observación del comportamiento del niño ante el dolor buscando respuestas y cambios en su conducta constatando la expresión facial, el llanto, gritos y gemidos, postura y movimientos que realiza. Alguna de ellas además combina la valoración de respuestas fisiológicas. Entre muchas destacan:

- Escala FLACC (Face Legs Activity Cry Consalibility): como su acrónimo indica mide la expresión facial, la postura y movimientos de las piernas, el nivel de actividad, la emisión de llanto, gemido o gritos y la capacidad de consuelo (Tabla 1).
- Escala OPS (Pediatric Objetive Pain Scale): es una escala mixta, ya que además de valorar el comportamiento del niño, también incluye la tensión arterial en términos de porcentaje de aumento en cuanto a la basal. Por ello es poco práctica para atención primaria.
- Escala de CHEOPS (Children´s Hospital of Eastern Pain Scale), diseñada para valorar el dolor postoperatorio en niños (Tabla 2).
- Escala LLANTO (LLanto, Actitud, Normorrespiración, Tono postural y Observación facial), validada a través de estudios en niños españoles desde el mes hasta los 6 años (Tabla 3).
- Existen escalas especiales para neonatos como son la Escala NIPS ("Neonatal Infant Pain Scale") (Tabla 4), la Neonatal Facial Coding System y la Escala CRIES del dolor postoperatorio del recién nacido entre otras.
- Escala numérica individualizada (INRS): se trata de una escala para evaluar el dolor en niños con trastornos neurológicos y déficit cognitivos en los que las manifestaciones del dolor pueden ser muy polimorfas, atípicas y diferentes de las que presentan los niños sanos. Los ítems deben elaborarlos los cuidadores reflejando comportamientos específicos del niño que recuerden haber presenciado en situaciones dolorosas. Se puede observar un ejemplo en la Figura 5. Asimismo, también está validada la escala FLACC revisada e individualizada (FLACC-r).

Como hemos visto, existen muchas escalas, así cada profesional usará aquella con la que se sienta más cómodo en cada grupo de edad.

Según la puntuación en la mayoría de las escalas, evaluamos el dolor en los siguientes grados: dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6), dolor intenso (7-9) y dolor insoportable (10).

Además de tener en cuenta la intensidad del dolor, también debemos valorar otras características:

- Duración: saber si nos encontramos ante un dolor hiperagudo (que dura minutos u horas), agudo (que cursa durante horas o días) o crónico (de más de 4 semanas). El dolor hiperagudo suele estar causado por procedimientos médicos o quirúrgicos y su tratamiento son las técnicas de sedación y anestesia. El dolor agudo es en el que los pediatras nos vemos

involucrados más frecuentemente pues acompaña a diversas enfermedades y responde adecuadamente a la medicación analgésica convencional. El dolor crónico, mucho menos frecuente, tiene unas implicaciones distintas, pues al componente nociceptivo (de lesión tisular) se le suman frecuentemente mecanismos de hiperalgesia; su tratamiento es complejo y precisa de un abordaje multidisciplinar en unidades del dolor, por lo que no será objeto de este taller.

- Causa subyacente: es importante para su manejo, saber si la causa es inflamatoria o no, como también si hay otros mecanismos implicados como lesiones nerviosas (dolor neuropático) o espasmos musculares para poder usar fármacos adecuados.

Figura 1. Escala facial de Wong-Baker

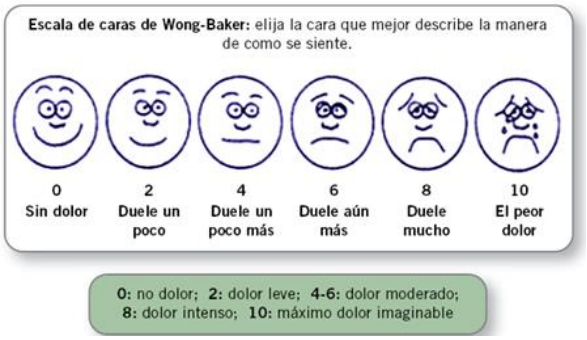


Figura 2. Escala de OUCHER.

Figura 3. Escala visual numérica

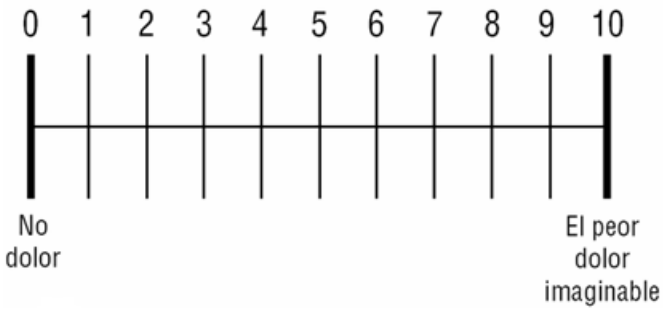


Figura 4. Escala Visual Analógica (se muestran 3 versiones)

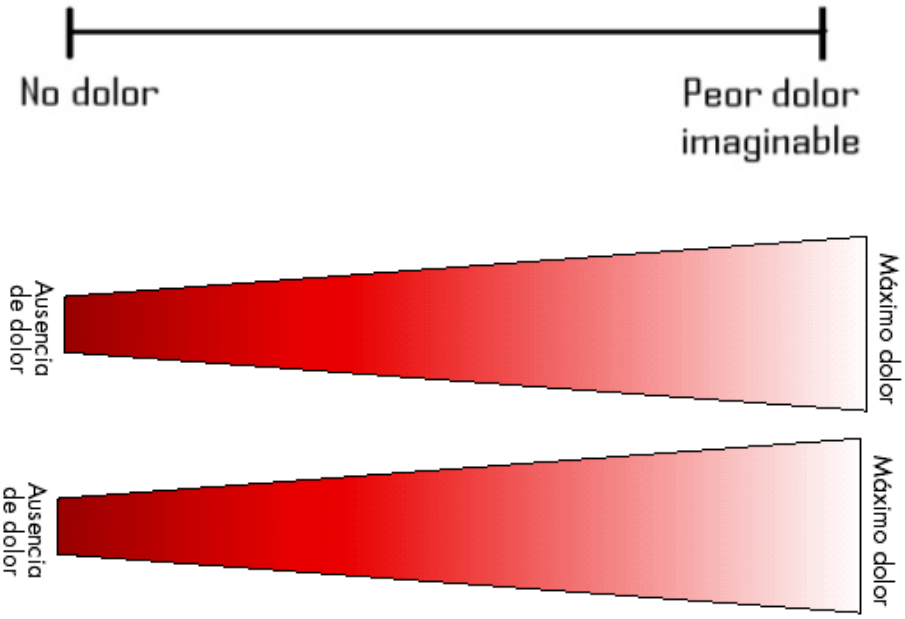


Tabla 1. Escala FLACC

	Escala FLACC		
Categorías	Score		
	0	1	2
F (face) Expresión facial	Sin expresión particular o sonríe	Mueca o gesto ocasional, retraído, desinteresado; parece triste o preocupado	Ceño fruncido constante, mandíbula apretada, barbilla temblorosa; cara angustiada: expresión de miedo o pánico
L (Legs) Piernas	Posición normal o relajada	Inquieto, agitado, tenso; temblores ocasionales	Patadas o marcado aumento de la espasticidad, temblores constantes o sacudidas
A (Activity) Actividad	Acostado en silencio, posición normal, se mueve con facilidad	Se retuerce hacia tras y adelante, tenso; agitado ligeramente, respiraciones superficiales y suspiros intermitentes	Arqueado, rígido, da sacudidas; agitación severa, se golpea la cabeza; temblor, aguanta la respiración, jadeo severo
C (Cry) Llanto o voz	No llora (despierto o dormido)	Gime o lloriquea ocasionalmente	Llanto constante, gritos o sollozos, quejidos frecuentes; gruñido constante
C (Consalability) Capacidad de consuelo	Contenido, relajado	Se tranquiliza por el contacto ocasional, abrazos o al hablarle	Difícil de consolar si se aparta del cuidador, resistiendo las medidas de atención o de confort
0: sin dolor; 1-2: dolor leve; 3-5: dolor moderado;			

Tabla 2. Escala de CHEOPS

Escala de CHEOPS		
Parámetro	Valoración	Puntuación
Tipo de llanto	No hay llanto	1
	Hay quejidos	2
	Hay llanto claro	3
Expresión facial	Está alegre, ríe	0
	Está preocupado	1
	Hace pucheros	2
Comportamiento	Está tranquilo, inmóvil	1
	Está agitado, rígido	2
Lenguaje	No se queja	0
	Se queja pero no de dolor	1
	Está en silencio	1
	Se queja de dolor	2
Brazos	No se toca la zona lesionada	1
	Si se toca la zona lesionada	2
Piernas	Relajadas	1
	Movimientos y golpes	2
4: no dolor; 5-8: dolor leve; 9-11: dolor moderado; 12-13: dolor severo		

Tabla 3. Escala LLANTO

Escala LLANTO			
Parámetro	0	1	2
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
Normorrespiración	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular
Tono postural	Relajado	Indiferente	Contraído
Observación facial	Contento o dormido	Serio	Triste
0: no dolor; 1-3: dolor leve; 4-6: dolor moderado; 7-10: dolor intenso			

Tabla 4. Valoración del dolor en neonatos según Escala NIPS

Escala NIPS			
Parámetros	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)	
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular	
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos	
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos	
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente	
Puntuación máxima=7. 0: no dolor; 7:dolor intenso			

Figura 5. Escala INRS: instrucciones a los padres y ejemplo.

1.- Piense en eventos dolorosos pasados de su hijo. ¿Cómo actúa su hijo cuando tiene dolor leve, moderado o severo?
2.- En el siguiente diagrama, escriba las conductas típicas de dolor de su hijo en la línea que corresponda a su intensidad de dolor donde 0 = sin dolor y 10 = el peor dolor posible.
3.-Al describir el dolor de su hijo, piense en los cambios en:

-Expresión facial: entrecerrar los ojos, fruncir el ceño, distorsionar la cara, rechinar los dientes, sacar la lengua…
-Piernas o movimientos corporales generales: tensión, gestos (más o menos) o toca parte del cuerpo que duele…
-Actividad o interacción social: no colabora, irritable, infeliz; no se mueve, tranquilo o más activo, inquieto…
-Llora o vocaliza: gimiendo, llorando, gritando…
-Consolable: menos interactivo, busca comodidad o cercanía física, difícil de distraer/ satisfacer…
-Otros cambios: lágrimas, sudoración, contiene aliento, jadea…

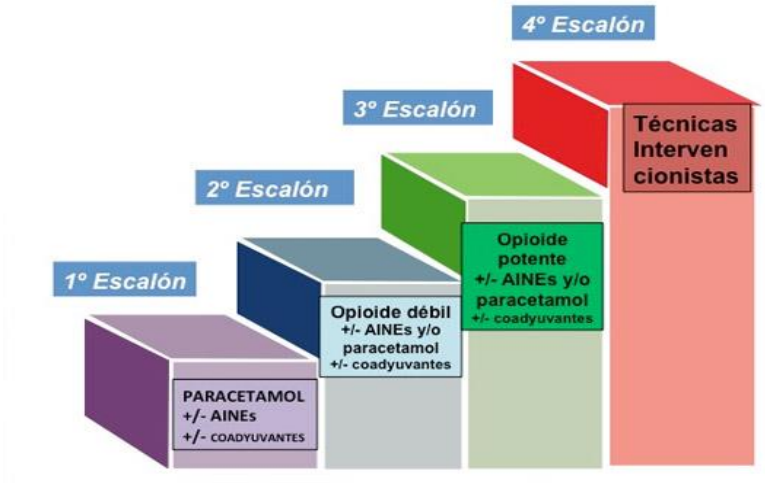
TRATAMIENTO DEL DOLOR

Para el tratamiento del dolor ya establecido seguiremos las siguientes normal generales:

- Trataremos el dolor precozmente, incluso antes de aproximarnos al diagnóstico, ya que actualmente no existe evidencia de que el manejo del dolor enmascare los síntomas.
- La elección del fármaco dependerá de:
  - la intensidad del dolor, para la cual aplicaremos la escala analgésica de la OMS (Figura 6). En el dolor crónico, se comienza por escalones inferiores e iremos aumentando según la respuesta obtenida, pero en el dolor agudo iniciaremos directamente el grupo de fármacos que corresponda al nivel de dolor evaluado (nivel 1 para dolor leve, 2 para el moderado y 3 para el intenso).
  - El tipo de dolor: inflamatorio o no inflamatorio, dolor tipo cólico, dolor neuropático…
  - Las características del paciente: edad y condiciones que contraindiquen determinados fármacos.
- Debemos conocer la farmacología del analgésico prescrito a fin de utilizar dosis adecuadas y a intervalos apropiados.
- Al cambiar un fármaco debemos utilizar dosis equianalgésicas.

- Elegiremos la vía más simple, eficaz y menos dolorosa. La vía oral es la de elección en el dolor leve y moderado, mientras que en dolor moderado- intenso lo es la intravenosa. En el caso de no tener acceso venoso, usaremos las vías intranasal, transmucosa e inhalada que no son invasivas y cuya absorción es rápida y eficaz. La vía intramuscular está en desuso debido a su absorción errática y el hecho de ser dolorosa.
- Cuando el dolor sea o se prevea constante, estableceremos una pauta horaria fija de administración, en lugar de hacerlo a demanda.
- Los efectos secundarios de los analgésicos deben anticiparse y prevenirlas si es posible y tratarse adecuadamente (ej. Prurito y estreñimiento con opiáceos).

Figura 6. Escala analgésica de la OMS.



Analgésicos sistémicos

Los fármacos analgésicos sistémicos convencionales, sus vías y dosis, así como su utilización según la escala de dolor, se describen en las Tablas 5 y 6. Se pueden encontrar dosis más altas para administración de los fármacos, si bien se han estrechado los márgenes para mayor seguridad en Atención Primaria.

Tabla 5. Uso de analgésicos sistémicos convencionales según intensidad y tipo de dolor

Cuantificación del dolor	No inflamatorio	Inflamatorio
LEVE (1-3)	Paracetamol	Ibuprofeno
MODERADO (4-6)	Metamizol Opioides menores: Codeína Tramadol	AINEs Ibuprofeno Naproxeno Ketoprofeno Diclofenaco
SEVERO (7-10)	Opiáceos mayores Morfina Fentanilo	Opiáceo mayor ±AINE potente

Tabla 6. Principales características de los analgésicos sistémicos convencionales

Fármaco e Indicación	Edad mínima	Vía y dosis [1]	Comentarios [2]
PARACETAMOL Dolor leve	No tiene	• VO: <10kg: 10mg/kg/dosis >10 kg: 10-15mg/kg/dosis • VR: 15 mg/kg/dosis. Neonatos 20mg/kg/dosis, carga 30mg/kg/dosis. • IV: < 10kg: 7.5mg/kg y >10kg: 10-15 mg/kg -Intervalo: 4 h (10mg/kg)-6 h (15 mg/kg) -DMáx: 4 g/día	• CI: hepatopatías graves, alergia. • Ajustar dosis en Insuficiencia renal • RAM: hepatotoxicidad, hematológica (citopenias)
IBUPROFENO Dolor leve-moderado inflamatorio	>3 meses	-VO: 7´5-10mg/kg/dosis -Intervalo: 6-8h -DMáx: 40mg/kg/día. Techo analgésico: 400mg Techo antinflamatorio: 600mg	• Ver AINEs3 • Menor riesgo de úlcera péptica que otros AINEs
METAMIZOL Dolor moderado	• >3 meses En menores: off label • IV en >1 año	• VO: 12,5-15 mg/kg/ dosis • VR: 1-3 años 250mg, 3-11 años 500mg • IM, IV: 6.4-17mg/kg/dosis -Intervalo: 6-8 h -DMáx: 2g/8h	• Efecto antiespasmolítico: elección en dolor tipo cólico. • CI: Antecedente de porfiria aguda, agranulocitosis, déficit G6PD , alteración médula ósea. • RAM: Agranulocitosis, anemia aplásica, hipotensión (si infusión rápida iv), anafilaxia, cutánea. Uso crónico: renales y gastrointestinales.
NAPROXENO Dolor moderado inflamatorio	• >16 años • >2 años en AIJ	-VO - 5-7mg/kg/dosis - >12 años:200-400mg/dosis -Intervalo: 8-12h -DMáx: 600mg/día analgésico (1g como antiinflamatorio)	• CI: ver AINEs. Tríada asma,rinitis e intolerancia a AAS. • RAM: ver AINEs. Acúfenos.
DICLOFENACO Dolor moderado-intenso inflamatorio	• >14 años • >1 año si patología reumática	• VO: 0,5-1´5 mg/kg/dosis/8-12 h • VR: 0,5-1 mg/kg/dosis/8 h -DMáx: 3 mg/kg/día 50 mg/dosis 150mg/día.	• Efecto espasmolítico. Elección en cólico renal. • CI: ver AINEs. Insuficiencia cardiaca grave. Porfiria. Coagulopatía. • RAM: ver AINEs.
KETOPROFENO Dolor moderado-intenso inflamatorio	• >2 años • Según ficha técnica (3 años)	• 2-14 a: - VO 0,5mg/kg/dosis/6-8h. - DMáx 2 mg/kg/día • >15 a: - VO: 50mg/6-8h - VR: 100mg/24h - IM: 100 mg/12-24h - DMáx: 200mg/día	• CI: ver AINEs. • RAM: más toxicidad gastrointestinal que otros AINEs. Edema. • Precaución: Asma
CODEÍNA Dolor moderado	> 12 años	- VO: 0.5 -1mg/kg/dosis/4-6h - D. Máx: 1´5mg/kg/4h. 240mg/día. 3 días	• Uso máximo: 3 días • CI: Cirugía de amigdalectomía o adenoidectomía por SAOS, enf respiratoria,

			colitis, íleo paralítico, hipersensibilidad. • Metabolizador ultrarápido CYP2D6 • RAM: sedación, estreñimiento, náuseas, vómitos. • Riesgo depresión respiratoria e hipotensión a dosis altas
TRAMADOL Dolor moderado-intenso	> 12 años.	VO, SC, IM, IV • 12-16 años: 1-1,5mg/kg/dosis/6-8h • > 16 años: 50-100mg/dosis/6-8h DMáx: 400mg/día	• CI: Cirugía de amigdalectomía o adenoidectomía Tratamiento con IMAO, Linezolid epilepsia no controlada, porfiria, insuf respiratoria grave, IH e IR graves • RAM: la de los opiáceos pero menos frecuente.
MORFINA Dolor intenso	• Cualquier edad • VO sólo >1 año	• IM, SC: 0,1-0,2mg/kg/4h (máx15mg/24h). • IV: 0'05-0'1mg/kg (máx 15mg/24h). Perfusión continua: 0'025-1'79mg/kg/h • VO: -1-6 a: máx 2'5-5mg/4h -6-12 a: máx 5-10mg/4h ->13 a: inicial 10-20mg/4-6h VO retardada: 0,2-0,8 mg/kg/12 h	• Inicio acción a los 5-10 min, dura 2-3 h. • CI/RAM: ver opiáceos.
FENTANILO	• >2 años • Off-label en cualquier edad	• IV, IM: 1-2 mcg/kg/dosis/1-2h (máx 50 mcg) • Intranasal y sublingual: 1-3 mcg/kg/dosis (máx 75 mcg). • Transmucoso oral: 10-15 mcg/kg/dosis • Transdérmica: rotación tras morfina oral (conversión de dosis). Sólo para dolor crónico.	• Efecto inmediato, dura 30-60min, • CI/RAM: ver opiáceos. -Produce menos hipotensión -RAM característica: bloqueo neuromuscular a dosis elevadas e infusión rápida.

[1] Vías: VO (oral), IV (intravenosa), VR (rectal), SC (subcutánea), IM (intramuscular).
DMáx: dosis máxima.
[2] CI: contraindicaciones. RAM: Reacción adversa a medicamento.
[3]AINEs:
- Precaución en: deshidratación moderada-severa, asma severa, insuficiencia renal y hepática, riesgo gastrointestinal, riesgo de hemorragia, enfermedad cardiovascular grave
-CI: alergia, insuficiencia renal y hepática significativas, Enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragia activa
- RAM: gastrointestinales (sangrado digestivo, úlcera o perforación), nerviosas (cefalea, vértigo, mareo, somnolencia), hematológica (citopenias), meningitis aséptica, hepatitis, enfermedades ampollosas.
[4]Opiáceos:
- CI: hipersensibilidad, TCE, aumento presión intracraneal y/o coma.
- RAM: disminución nivel conciencia, depresión respiratoria, vómitos, estreñimiento, retención urinaria, íleo paralítico, aumento de presión del tracto biliar, hipotesión, prurito, broncoespasmo.
- Antídoto: Naloxona (1-2 mcg/kg reversión parcial o 10-20 mcg/kg reversión total). Máximo 2mg/dosis. Se puede repetir cada 2-5min (máximo 3 dosis en 1 hora). Diluir en S.glucosado 5%.

Analgésicos tópicos

No debemos olvidar que determinadas condiciones pueden beneficiarse de analgesia tópica mediante anestésicos. Los más utilizados aparecen en la tabla 7.

Tabla 7. Anestésicos tópicos para el tratamiento del dolor

Indicaciones	Anestésicos disponibles
-Otitis media o externa -Forunculosis (No aplicar si perforación timpánica)	• Benzocaína ótica (Otocerum®[1]): >2 años • Tetracaina (Otogen®, Vinciseptil ótico®[2]): cualquier edad
-Estomatitis -Aftas -Mucositis oral	• Lidocaína viscosa 2% fórmula magistral • Lidocaína gel 20% (Dinexan gel bucal®):> 6 años • Benzocaína gel 0'5% (Nany-predental®):> 4 meses • Benzocaína spray 5% (Dentyspray®): > 2 años • Benzocaína spray o gel 20% (Hurricaine®): > 6 años • Cocimiento de llantén (con o sin lidocaína)
-Hemorroides - Fisuras - Prurito anal	• Benzocaina pomada rectal (Antihemorroidal Cinfa®[3]) • Lidocaína pomada rectal (Hepro pomada rectal®[4] en>12 años, Titanorein lidocaína®[5])
-Vulvitis	• Lidocaína 2% (Dermovagisil®):>12 años

• Nota: en los casos en los que no se indica edad mínima, es porque no aparece en la bibliografía ni fichas técnicas.

[1]Contiene además disolventes del cerumen.
[2]Contiene además fluocinolona, polimixina b y neomicina.
[3]Contiene además hidrocortisona y neomicina.
[4]Contiene además hidrocortisona.
[5]Contiene además titanio y carragahen.

PREVENCIÓN DEL DOLOR

Numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos producen dolor y ansiedad en los niños que debemos prevenir mediante el uso de fármacos e intervenciones no farmacológicas, individualizando en cada caso la estrategia a seguir.

Medidas no farmacológicas

Debemos usarlas ante todo procedimiento diagnóstico-terapéutico que pueda producir dolor ya que contribuyen de forma importante a disminuir el componente de ansiedad del niño.

- Ambiente tranquilo y agradable, se debe asistir al niño en una habitación individual y evitando interrupciones. Asimismo, el comportamiento del personal debe ser apropiado, evitando comentarios que puedan inquietar al niño.
- Presencia de los cuidadores, acompañando al niño en todo momento, siempre que éstos se encuentren cómodos y sean colaboradores.
- Explicar al niño y su familia el procedimiento que vamos a realizar de forma que puedan entenderlo, ayuda a la colaboración para la realización de las técnicas.
- Métodos de distracción: centrar la atención hacia estímulos distintos al procedimiento doloroso afecta al procesamiento y percepción del dolor. Según la edad y gustos del niño se pueden optar por múltiples opciones distractorias, una de las más estudiadas es la videodistracción, pero también pueden usarse muñecos, contar hacia atrás, juegos, música, hacer respiraciones, dar masajes…

- Maniobras de Valsalva: hacer pompas o inflar globos.
- Administrar una solución de sabor dulce por vía oral: se utiliza la sacarosa al 24% (1 sobre o terrón de azúcar de 7g en 30 ml de agua), 2 min antes de practicar una técnica invasiva, dejando caer la solución preferentemente en la parte anterior de la lengua, que es donde se localizan la mayor parte de las papilas gustativas. La percepción del sabor dulce atenúa la respuesta al dolor al estimular la liberación de opioides endógenos. La dosis óptima no ha sido bien establecida, se recomienda un rango de 0,012-0,12 g (0,05-0,5 ml de una solución al 24%) en prematuros. En los recién nacidos a término son más eficaces dosis mayores (0,24-0,5 g, 0'5-1ml). En lactantes mayores de 1 mes se administra 2-4ml. Su efecto analgésico se prolonga durante unos 10 min y se potencia cuando se asocia a la succión no nutritiva (chupete o dedo). Para aumentar su eficacia se puede administrar una segunda dosis, opcional, 1-2 min después de finalizar el procedimiento. La sacarosa sigue siendo eficaz después de varias administraciones.
- Amamantamiento ("tetanalgesia"): el efecto analgésico de la lactancia materna es superior al de otras intervenciones, como la sacarosa oral, el chupete o la contención ya que combina el sabor dulce de la leche materna, su contenido en betaendorfinas, la distracción por succión o el contacto piel con piel que libera oxitocina con acción antiestrés.

Es importante que tanto las maniobras de distracción, Valsalva y el amamantamiento, se inicien minutos antes del procedimiento doloroso y prosiga hasta minutos después.

- Aplicación de frío local: previo a la punción venosa/arterial utilizando una bolsa de hielo/frío en la zona de punción, durante 3 minutos, es un método efectivo en niños de entre 6 y 12 años.
- Vibración: el contacto en la zona proximal (en el mismo dermatoma) con un objeto vibrante ejerce una estimulación competitiva y activa las interneuronas inhibitorias en la médula espinal. Existe un dispositivo en forma de abeja llamado "Buzzy®" que emite vibraciones y al que se le acopla una bolsa de frío (Figura 6).

Figura 6. Dispositivo Buzzy®"

Medidas farmacológicas

Dentro de las medidas farmacológicas para prevenir el dolor, nos encontramos la analgesia tópica, la analgesia local no tópica, la sedoanalgesia sistémica y la analgesia inhalada mediante óxido nitroso. Debido a que este taller está orientado a pediatras de atención primaria, sólo desarrollaremos la analgesia local.

Analgesia local tópica

Consiste en la aplicación de anestésicos directamente sobre la piel o mucosa, por tanto, de forma no dolorosa, produciéndose una inhibición local de los estímulos nociceptivos. Existen múltiples preparados y en general son muy seguros, ya que su absorción sistémica es baja. Su toxicidad viene mediada por sobredosificación o reacción de hipersensibilidad.

- Crema lidocaína 2'5%-prilocaína 2'5% (Emla®, Anesteal®, Anestopic®): uso en piel íntegra en todas las edades y en mucosa genital a partir de 12 años. Se aplica 1-2g de crema por cada 10 cm2 de superficie (máximo 10g) y se cubre con un apósito adhesivo. Inicia su acción a los 45-60 minutos y puede durar hasta 4 horas. En niños con dermatitis atópica el inicio de acción en más precoz (30 minutos). Indicaciones: venopunciones, vacunas, tratamiento de adherencias balánicas o sinequias, curetaje de moluscos…Contraindicada en alergia o déficit total o parcial de Glucosa-6P-deshidrogenasa. Efectos secundarios: irritación local, metahemoglobinemia en pacientes de riesgo y en menores de 6 meses si se aplica en gran cantidad o mucho tiempo. La dosificación según edad viene indicada en la tabla 8.
- Lidocaína tópica: autorizada a partir de los 6 años, de uso tanto en piel sana como en mucosas oral y genital. Sobre la piel, el efecto se consigue a los 60 minutos (es necesaria la oclusión), en mucosas es de efecto muy rápido (2-5 minutos) y dura aproximadamente 15-20 minutos. Indicaciones: punciones venosa, intramuscular, lumbar, procedimientos en la cavidad oral y genital, prevención del reflejo nauseoso en exploraciones otorrinolaringológicas. Presentaciones comerciales: crema al 4% (Lambadalina ®), aerosol al 10% para mucosas (Xylonibsa®).
- Tetracaína: anestésico de uso en todas las mucosas a partir del mes de vida en niños nacidos a término (edad corregida en pretérminos). Inicio de acción en 2 minutos y duración de 15 minutos. Indicaciones: procedimientos de la cavidad oral, oftalmológicos, ano-rectales y sondaje uretral entre otros. Presentaciones: Anestesia tópica B Braun solución ® (todas las mucosas), Lubristesic ® (urológico), colirio (Colircusí anestésico®).
- Gel LAT : fórmula magistral de lidocaina 4%, adrenalina 0,1% y tetracaina 0,5%. Indicado para la reparación de heridas menores de 4 cm no complicadas. Es más efectivo en heridas de cara y cuero cabelludo, consiguiéndose menor efecto en extremidades. Por su contenido en adrenalina no debe emplearse en territorios distales (punta de los dedos, pabellón auricular, nariz, pene…), en parpados, labios y mucosas, ni en quemaduras ni abrasiones. Se aplican 1-2 ml por centímetro de herida (en su interior y rebosando por los bordes), se cubre con una gasa y se deja actuar 20-30 minutos. En casos en los que no sea efectivo, disminuiría el dolor de la infiltración anestésica inyectada.

Tabla 8. Posología de la crema lidocaína 2'5%-prilocaína 2'5%

Edad	Posología y tiempo
Neonatos y lactantes de 0- 2 meses	Hasta 1 g y 10 cm2 durante 1 hora. Máx 1 dosis/24h
Lactantes 3-11 meses	Hasta 2 g y 20 cm2 durante 1 hora. Máx 1 dosis/12h
Niños 1-5 años	Hasta 10 g y 100 cm2 durante 1- 5 horas. Máx 1 dosis/12h
Niños 6-11 años	Hasta 20 g y 200 cm2 aplicados durante -1-5 horas. Máx 1 dosis/12h
Niños ≥12 años	1'5- 2g-/10 cm2 durante un tiempo de 1 a 5 horas Máximo 60g sobre 600cm2Mucosas: 5-10 g de crema durante 5-10 minutos
Niños con dermatitis atópica	Tiempo de aplicación: 30 minutos

Analgesia local no tópica

Consiste en la aplicación de anestésicos por infiltración local o bloqueos de nervios periféricos. El fármaco más usado para ello es la Lidocaína asociada o no a adrenalina para retrasar la absorción y prolongar su acción. La dosis varía según el procedimiento, grado de anestesia requerido, vascularidad del tejido, duración de la anestesia y condición física del paciente. Dosis máxima: 4,5-7 mg/Kg (máx 200mg).

Otros anestésicos locales son la bupivacaína, mepivacaína, procaína…

Para minimizar el dolor en su administración debemos: tamponar el anestésico con bicarbonato, calentarlo a temperatura corporal, usar la aguja del menor calibre posible (27-30G) e inyectar la solución muy lentamente. Si se precisan varias punciones por tratarse de una zona extensa, las sucesivas inyecciones han de hacerse siempre sobre un área ya anestesiada. Debe aspirarse antes de cada inyección a fin de evitar su administración intravascular.

Las principales reacciones adversas son las neurológicas (vértigo, nerviosismo, parestesias, temblor, visión borrosa, nistagmo, ataxia, confusión mental y a grandes dosis, convulsiones) y las cardiovasculares (bradicardia, hipotensión, arritmias, depresión respiratoria) si se usan a altas dosis o se inyecta directamente en un vaso.

Debemos usarlo con precaución en pacientes menores de 6 meses, con insuficiencia hepática, respiratoria, trastornos de la conducción cardíaca y epilepsia.

BIBLIOGRAFIA

1. Travería Casanova J, Gili Bigatá T, Rivera Luján J. Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. 2ª ed. Madrid: Editorial Ergon S.A.; 2010 [Fecha de acceso 12 dic 2017].
   Disponible en http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trat_dolor_agudo.pdf
2. García Herrero MA, Funes Monux RM, Vidal Acevedo A. Manejo del dolor en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización en Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 379-90.
3. García Herrero MA, González Alguacil E, Antúnez Segura AL. Manejo del dolor en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización en Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 385-96.
4. Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2014;(23):37-43.
5. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Switzerland. 2012. [Fecha de acceso 1 dic 2017].
6. Disponible en http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116en/s19116en.pdf
7. Hauer J, Jones BL. Evaluation and management of pain in children [Monografía en Internet]. Walthman (MA): UpToDate; 2017 [acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.uptodate.com/
8. SVPP Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, Urbina Medina H. Dolor en Pediatría 2ªed. Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 3-18.
9. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. Pediatrics. 2001;108(3):793-7. Valdivielso. Fisiopatología y valoración. An Pediatr Contin 2004;2(2):63-72.
10. Quiles MJ, van-der Hofstadt C J, Quiles Y. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 360-369
11. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Paediatr Anaesth. 2006;16(3):258.
12. F. Reinoso Barbero et al. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar An pediatr (Barc). 2011;74(1):10-14
13. Malmierca F, Pellegrini F, Malmierca AJ. Valoración del dolor en Pediatría. Curso de Formación Continuada en Dolor en Pediatría dirigido a: Pediatras de Atención Primaria. 2a entrega. Pediatr Integral. Madrid: Ergon; 2008. p. 3-23.
14. Tomlinson D et al. A systematic review of faces scales for self-report of pain intensity in children. Pediatrics. 2010 Nov; 126(5):e1168-98.
15. Solodiuk JC et al. Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): A pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. Pain 2010;150: 231-236.
16. Solodiuk JC, Curley MA. Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments: the Individualized Numeric Rating Scale (INRS). J Pediatr Nurs 2003;18:295–9.
17. Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS)
18. Cuervo Valdés JJ. Guía rápida de dosificación pediatría. Fecha de última actualización 28 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.guiafarmapediatrica.es
19. Buitrago-Gonzalez TP et al. Dipirona: ¿Beneficios subestimados o riesgos sobredimensionados? Revisión de la literatura. Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm., Vol. 43 (1), 173-195, 201 .
20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v43n1/v43n1a12.pdf
21. Blaser LS, Tramonti A, Effer P, Haschke M, Krähenbühl S, Rätz Bravo A. Hematological safety of metamizole: retrospective analysis of WHO and Swiss spontaneous safety reports. Eur J Pharmacol. 2014. Disponible en bit.ly/1BANTKN
22. Anexo III Modificaciones en las secciones relevantes de la Ficha Técnica y el Prospecto. Codeína. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/Referrals_document/Codeine_containing_medicinal_products/Position_provided_by_CMDh/WC500147068.pdf
23. Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SR. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013.
24. Duff AJ. Incorporating psychological approaches into routine paediatric venepuncture. Arch Dis Child 2003 Oct; 88(10):931-937.

25. Hughes T. Providing information to children before and during venepuncture. Nurs Child Young People 2012 Jun; 24(5):23-28.
26. Ramponi D. Reducing pain in pediatric procedures in the emergency department. J emerg Nurs 2009 Jul; 35(4):379-82.
27. Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley MA. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. Pediatrics. 2007Oct;120(4):84254.
28. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized cont rolled trial. Pediatrics. 1996; 98:861–7.
29. Movahedi AF, Rostami S, Salsali M, Keikhaee B, Moradi A. Effect of local refrigeration prior to venipuncture on pain related responses in school age children. Aust J Adv Nurs 2006 Dic; 24(2): 51-5
30. Baba L, McGrath J, Liu J. The efficacy of mechanical vibration analgesia for relief of heel stick pain in neonates: A novel approach. J Perninat Neonat Nurs 2010;24(3):274-283.
31. McGinnis K, E Murray, Cherven B, C McCracken, Travers C. Effect of Vibration on Pain Response to Heel Lance: A Pilot Randomized Control Trial. Adv Neonatal Care. 2016 Dec; 16 (6): 439-448.
32. Inal S, Kelleci M. Relief of pain during blood specimen collection in pediatric patients. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet]. 2012 Sept; 37(5):339-345.
33. Lee Jet al. Cartoon Distraction Alleviates Anxiety in Children During Induction of Anesthesia. Anesthesia & Analgesia 2012; 115(5):1168-1173.
34. Bellieni CV, Cordelli DM, Raffaelli M, Ricci B, Morgese G, Buonocore G. Analgesic effect of watching TV during venipuncture. Arch Dis Child 2006;91(12):1015-1017
35. Miguez-Navarro C, Guerrero-Marquez G. Video-Distraction System to Reduce Anxiety and Pain in Children Subjected to Venipuncture in Pediatric Emergencies. Pediatr Emerg Care Med OpenAccess. 2016, 1:1.
36. Uman LS , Birnie KA , M Noel , Parker JA , CT Chambers , McGrath PJ , Kisely SR . Intervenciones psicológicas para el dolor y la angustia de procedimiento relacionados con agujas en niños y adolescentes . Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2013 , edición 10 . Art. No.: CD005179. DOI: 10.1002 / 14651858.CD005179.pub3.
37. Agarwal A, Sinha PK, Tandon M, Dhiraaj S, Singh U. Evaluating the efficacy of the valsalva maneuver on venous cannulation pain: a prospective, randomized study. Anesth Analg 2005 Oct; 101(4):1230-2.
38. Mohammadi SS, Pajand AG, Shoeibi G. Efficacy of the valsalva maneuver on needle projection pain and hemodynamic responses during spinal puncture. International journal of medical sciences 2011; 8(2):156.
39. Harrison D, Stevens B, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Beyene J ,et al. Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. Arch Dis Child. 2010;95:406-13
40. Stevens B, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Database Sys Rev. 2000;2:CD001069
41. Abad F, Díaz-Gómez NM, Doménech E, González D, Robayna M, Feria M. Oral sucrose compares favourably with lidocaine-prilocaine cream for pain relief during venipuncture in neonates. Acta Paediatr. 2001;90:160-5.
42. Gradin M, Eriksson M, Holmqvist G, Holstein A, Schollin J. Pain Reduction at venipuncture in newborns: oral glucose compared with local anesthetic cream. Pediatrics. 2002;110:1053-7.
43. Atlas de anestesia regional. Ehab Farag , Loran Mounir-Soliman. Capitulo 2. Farmacología de los anestésicos locales en pediatría. Ibrahim Farid, Rami Edward Karroum. 5ª edición. 2017. Elsevier.
44. González Rodríguez, M. P. Disminución del dolor durante la toma de muestras en niños Pediatría Atención Primaria, vol. VIII, núm. 29, enero-marzo, 2006, pp. 127-138.

Actualización en Infectología Pediátrica

Utilización de Técnicas Rápidas de detección de Antígeno Estreptocócico de Grupo A en Consultas de Pediatría de Atención Primaria

José Murcia García
Pediatra AP. Centro se Salud Bulevar
Jáen
jose.murcia.garcia@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Murcia García, José
Actualización en Infectología Pediátrica
UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS RÁPIDAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO A EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.23-32

La faringoamigdalitis es, sin duda, una de las principales entidades dentro de los procesos infecciosos en la infancia. Entre ellas, las producidas por Streptococcus β–hemolítico del grupo A (SBGA), son de especial importancia porque serían prácticamente las únicas susceptibles de ser tratadas con antibióticos.

Esta cuestión es debatida en la actualidad ya que dos guías de práctica clínica (NICE y SIGN) consideran innecesario tratarlas, salvo que produzcan una afectación importante del estado del paciente, mientras que el resto de guías de práctica clínica recientes basadas en la evidencia sobre este tema (hasta 8), prefieren hacer un diagnóstico etiológico, precisamente para reconocer las faringoamigdalitis estreptocócicas (FAS) dentro del total de faringoamigdalitis y tratarlas con antimicrobianos.

Se trata de un proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras del área faringoamigdalar, de origen habitualmente infeccioso que puede cursar con eritema, edema, exudado, úlcera o vesículas.

La etiología depende de la edad, estación del año y área geográfica. La etiología más frecuente es vírica. Las faringoamigdalitis (FAA por EBHGA) muy raras en menores de 18 meses, suponen un 5-10% de FAA en niños entre los 2 y 3 años y solo el 3-7% en menores de 2 años. Entre 4 y 18 años, la edad de máxima incidencia, son por EBHGA solo el 30% de FAA.

En nuestro país, unos 16 millones de consultas médicas anuales en toda la población serían por odinofagia en general, siendo un 20% del total de las consultas pediátricas y dando cuenta del 55% del total de prescripciones antibióticas en este grupo de edad. Múltiples publicaciones han demostrado la falta de adecuación del tratamiento antibiótico en la faringoamigdalitis, con unas tasas excesivas de utilización. Un reciente metaanálisis establece que la etiología de la faringitis en países desarrollados sería por SBGA en un 37% de casos (IC 95%:

32% a 43%; 14 estudios, n = 68.731 niños) en niños menores de 18 años, y en un 24% (IC 95% 21 a 26%; 3 estudios, n = 964 niños) en niños menores de 5 años. Pero hay que considerar que en estas cifras está incluida la posibilidad de que se trate de niños portadores del germen (12% de niños sanos [IC 95% 9 a 14%], 18 estudios, n = 9.662 niños; 4% en menores de 5 años [IC 95% 1 a 7%], 4 estudios, n = 1.036 niños), de manera que, aunque se detecte en amígdalas no necesariamente ha de ser el responsable del cuadro clínico. Así pues, la gran mayoría de faringoamigdalitis en la infancia van a ser de etiología vírica y solo precisarán tratamiento sintomático.

La faringoamigdalitis por estreptococos del grupo A (SGA) puede ser una enfermedad leve, pero su trascendencia clínica se deriva de la aparición de posibles complicaciones como la glomerulonefritis postestreptocócica y la fiebre reumática aguda. La administración precoz de tratamiento específico tiene como objetivo principal prevenir complicaciones, en particular la fiebre reumática, disminuir la morbilidad asociada y la erradicación de *S. pyogenes* de la orofaringe para interrumpir la transmisión. En los menores de 3 años y en los adultos la mayoría de estos cuadros son de origen viral, siendo muy bajo el riesgo de faringoamigdalitis por SGA y las complicaciones post-estreptocócicas (2,3).

Si hay que tratar con antibiótico solamente las FAS, será importante precisar su diagnóstico. Contamos para ello con datos clínicos y pruebas analíticas. Hay que saber que la clínica y los datos de la exploración física nos van a aportar muy poco para separar las FAS del resto.

Modificación de Mc Isaac de los criterios de Centor para una población de adultos y niños mayores de 3 años

Criterio	Puntuación
Fiebre > 38° C	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Exudado amigdalar	1
Edad:	
• 3 - < 15 años	1
• 15 - 45 años	0
• ≥ 45 años	-1

Ningún síntoma aislado, ni siquiera la presencia de pus en la amígdala, ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar un 50% de probabilidad de FAS. Incluso las escalas de predicción clínica (las más utilizadas son las de Centor y McIsaac –esta última añade un punto más, por la edad, a la anterior-), y como puede comprobarse en la tabla siguiente, solamente ofrecen una aproximación al diagnóstico (cumpliendo el máximo de puntuaciones solamente un 62% serán auténticas FAS). La utilidad de éstas debería ser, por tanto, seleccionar a los pacientes a los que luego apliquemos pruebas diagnósticas.

El diagnóstico basado exclusivamente en criterios clínicos no es lo suficientemente sensible y específico como para diferenciar eficazmente los cuadros de origen vírico de los bacterianos (4), por lo que un porcentaje importante de los cuadros de faringoamigdalitis aguda en atención primaria reciben tratamiento antibiótico sin que sea necesario. El cultivo del exudado faringoamigdalar es el procedimiento de referencia y el resultado definitivo se obtiene en 48 horas. Las técnicas rápidas de detección de antígeno (TRDA) estreptocócico permiten realizar un diagnóstico etiológico en pocos minutos con una elevada especificidad [0.96 (IC 95% 0.94-0.97)] y en general buena sensibilidad [0.86 (IC 95% 0.83-0.88)](5).

DIAGNÓSTICO: TRDA frente a Cultivo Tradicional

Por todo lo expuesto se hace necesario disponer de herramientas que precisen más el diagnóstico. Disponemos en la actualidad fundamentalmente de dos: los TRDA y el cultivo tradicional (ya hay disponible alguna otra opción basada en biología molecular pero son todavía caras y tardan un mínimo de 1 hora en ofrecer el resultado).

Para la confirmación diagnóstica se sigue utilizando como "gold standar" (patrón oro), el cultivo tradicional de muestra obtenida mediante hisopado de amígdala y faringe posterior. Su resultado se puede demorar hasta 48 horas (si es positivo puede detectarse crecimiento bacteriano a partir de las 18 horas, pero la negatividad no puede confirmarse hasta transcurridas 48), y tiene como ventajas el que nos facilita poder conocer el antibiograma (fundamentalmente para valorar la resistencia a macrólidos, ya que no hay S.pyogenes resistentes a penicilina) y el que puede permitir distinguir entre distintos Streptococcus ß-hemolíticos (los de grupo C y G suponen hasta un
15% de FAS en adultos, pero menos de un 5% en niños) u otras bacterias. Con todo, todavía no hay un método estandarizado de forma internacional para la investigación mediante cultivo de S.pyogenes, y no son siempre los mismos medios de cultivo o de toma de muestras los utilizados por los distintos laboratorios.

Desde los años 1980, se han ido desarrollando TRDA basados en la detección del antígeno carbohidrato específico de la pared celular de Streptococcus ß-hemolítico exclusivamente del grupo A. Los primeros utilizaron técnicas de coaglutinación y aglutinación con partículas de latex y ofrecieron una buena especificidad (90-99%), pero una insuficiente sensibilidad (75-90%). Posteriormente se desarrollan otros basados en técnicas de enzimoinmunoanálisis, e incluso los más recientes basados en inmunoanálisis óptico presentan una precisión diagnóstica muy próxima a la del cultivo (84 a 99% de sensibilidad y 95 a 99% de especificidad), además de disponer del resultado en plazos ahora muy cortos (5-10 minutos). Asimismo, los costes se han reducido mucho, y en este momento (2018) los últimos de inmunoanálisis óptico, cuestan a precio de mercado 0,67 € cada test aprox

Valoración económica

Establecida ya la importancia de hacer un diagnóstico etiológico (la clínica hemos visto que nos llevaría a equivocarnos casi en la mitad de los casos), para recomendar la utilización de uno u otro test diagnóstico, es esencial disponer de estudios que incluyan la valoración económica (estudios de coste-efectividad principalmente).
En 2006 en EEUU se publica un estudio de coste-efectividad que concluye que la opción de no tratamiento en faringitis en niños, era la de más baja morbilidad, pero sus costes comparativamente mayores estaban fundamentalmente en las pérdidas de horas de trabajo de los padres. Pero antes de recomendar la opción de no tratar frente a tratar en las FAS, aclara que son necesarias estimaciones precisas del riesgo de desarrollar fiebre reumática y absceso periamigdalino en cada población. Con todo, la pauta de mejor coste-utilidad en este estudio es la que recomienda test de detección rápido y posterior tratamiento si se confirma como estreptocócica.

No obstante, disponemos de un estudio de calidad realizado desde la perspectiva de nuestro sistema sanitario (Sistema Nacional de Salud español) y publicado en 201115, que analizando 6 diferentes estrategias de abordaje de la faringitis pediátrica (tratar con antibiótico todo, tratar en función de una escala clínica, TRDA a todos, TRDA a todos más cultivo en los negativos, cultivo a todos, y TRDA tras cribado mediante escala clínica -test de Centor ≥3-) concluye que las 2 últimas estrategias son más efectivas y menos costosas que las 4 primeras. El

coste promedio por paciente para la estrategia de cultivo a todos fue de 86,04 € mientras que para la de TRDA tras escore clínico fue de 48,78 €. La estrategia más efectiva fue el cultivo a todos, pero la más coste- efectiva fue la realización del TRDA tras cribado mediante test de Centor. Hay que señalar que no se analiza la opción de realizar cultivo tradicional tras cribado mediante escala clínica, pero con un TRDA de buena sensibilidad y especificidad y al coste económico antes mencionado (2,67 € por cada TRDA frente a 5,43 € por cada cultivo tradicional), parece improbable que esta opción supere en coste-efectividad a la de TRDA tras cribado.

Actualmente, la evidencia científica disponible señala que las TRDA para detección de SGA realizadas en las consultas de Atención Primaria pueden ser una herramienta útil en el manejo de la faringoamigdalitis aguda y mejorar la prescripción de antibióticos en este ámbito (5,2), y muy beneficioso para los pacientes

Sin embargo, queremos destacar que la implantación de esta metodología debe realizarse mediante el trabajo en equipo de Pediatría y Microbiología. Los microbiólogos, en colaboración con los pediatras, deben participar en las tareas de asesoramiento, formación y seguimiento del proceso para que esta intervención tenga un impacto positivo en el manejo de los pacientes.

- **Selección de la población a la que aplicar las TRDA.** Este aspecto requiere el asesoramiento y seguimiento por parte de Pediatría.

Las TRDA ofrecen resultados más fiables y precisos cuando se aplican en poblaciones con mayor probabilidad de padecer faringoamigdalitis por SGA (7, 8). Las guías de práctica clínica actuales recomiendan seleccionar a los pacientes a los que se les van a realizan estas pruebas mediante escalas basadas en criterios clínicos (3, 5) como Centor (9) o McIsaac (10). Por lo general estas escalas tienen mayor valor predictivo negativo que positivo, por lo que permiten descartar a los individuos con baja probabilidad de padecer faringitis estreptocócica, de manera que aumentan la validez de las TRDA y el coste-efectividad de la medida (11).

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto y siguiendo la propuesta de la mayoría de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, parece clara la recomendación de que en nuestro medio se confirme siempre la etiología por SBGA en la faringoamigdalitis en la infancia y solo se instaure tratamiento antibiótico cuando se haya obtenido dicha confirmación (con la excepción de que no se disponga de TRDA, o este haya sido negativo, y a la espera del resultado del cultivo el estado del paciente preocupe al facultativo).

Asimismo, la aplicación del TRDA debería hacerse solamente a pacientes que cumplan unos criterios clínicos mínimos que hagan probable el diagnóstico de FAS (mínimo de 3 puntos en la escala de Centor o de McIsaac en mayores de tres años y algún criterio extra en menores de esta edad)

Resulta evidente que, por precisión diagnóstica, coste-efectividad, inmediatez del resultado y aplicabilidad en el primer estamento de atención pediátrica, los modernos TRDA (inmunoanálisis

óptico) deberían ser parte de la dotación habitual de material en la consulta de pediatría de atención primaria, siempre que los profesionales que tomen la muestra, realicen el test y lo interpreten, hayan sido adecuadamente formados.

PROPUESTA DE ALGORITMO DE ACTUACIÓN

Se realizará TRDA de SGA en niños de edad ≥ 3* años, en los que tras aplicar la escala clínica de Centor (fiebre mayor de 38ºC, adenopatías subangulomandibulares, exudado amigdalar, ausencia de tos) o McIsaac (igual, pero da un punto más cuando la edad de los pacientes es 3-14 años), obtienen una puntuación de 3-4 en el caso de aplicar el test de Centor y 4-5 para el test de McIsaac.

*En el documento AEPap recomiendan como edad de corte 4 años. En la guía clínica IDSA recomiendan realizarlo en niños de 3 años o más (2).

Se recomienda no realizar TRDA de SGA en los siguientes casos:

- Alta sospecha de infección viral: a pesar de cumplir alguno de los criterios de los test de Centor/McIsaac se detectan síntomas o signos claros de infección viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y en pilares anteriores,…) (no es necesario tratar ni realizar cultivo bacteriano.
- Paciente que haya recibido antibioterapia en los días previos.
- Paciente inmunodeprimido (tratamiento en todos los casos, no es necesario realizar cultivo bacteriano).
- Paciente con historia de fiebre reumática (tratar siempre, no realizar cultivo bacteriano).
- Contexto de brote comunitario por SGA (tratar, no realizar cultivo bacteriano).
- Faringitis crónica (validez menor del test, realizar cultivo).
- Menores de 3* años, salvo que exista algún criterio suplementario que sugiera infección estreptocócica (ambiente epidémico, exantema escarlatiniforme, petequias en paladar, lengua aframbuesada,…) debido a la baja incidencia en este grupo de edad.

  *En el documento AEPap recomiendan como edad de corte 4 años. En la guía clínica IDSA recomiendan no realizarlo en niños menores de 3 años (2).

Se realizará cultivo del exudado faringoamigdalar:

- Pacientes con TRDA negativo (según algoritmo propuesto por la AEPap).
- Sospecha de infección por otra bacteria distinta a SGA.
- Paciente alérgico a penicilina en el que el tratamiento recomendado sería macrólidos o clindamicina y se tendría que realizar aislamiento y antibiograma.
- Anadir: En aquellas situaciones clínicas es las cuales está recomendada su realización (pacientes inmunodeprimidos, sospecha de glomerulonefritis postestreptocócica, antecedentes de fiebre reumática,…)

Selección de los test de detección de antígeno de SGA más adecuados. Será responsabilidad de los especialistas en Microbiología la elección del test más adecuado atendiendo a criterios de calidad y eficiencia.

1. Tipos de pruebas rápidas:
   Existen diversos formatos de técnicas de detección de antígeno. Entre ellas, las técnicas inmunocromatográficas presentan varias ventajas para su utilización como prueba point-of-care por su facilidad de uso, rapidez, almacenamiento de reactivos a temperatura ambiente, caducidad prolongada y precio.
2. Características analíticas de los TRDA:
   Aunque la sensibilidad es menor que el cultivo del exudado faringoamigdalar (método de referencia), en general presentan buena precisión diagnóstica (13–15). Sin embargo, según recientes meta-análisis, sus características analíticas (valores predictivos, sensibilidad y especificidad) varían mucho según la población estudiada, tipo de test, marca comercial o personal que realiza la técnica, siendo difícil estimar valores globales debido a la elevada heterogeneidad de los estudios publicados (3, 4).
3. Criterios de calidad:
   Los test seleccionados deben tener una sensibilidad y especificidad mayores del 80%, y valor predictivo negativo mayor del 90%, si es posible, avalados por estudios independientes en atención primaria.
4. Otras consideraciones:
   Para el uso en una consulta de atención primaria se recomiendan presentaciones que contengan unos 20-25 test por caja, para que puedan utilizarse en un tiempo medio de 2-3 meses. No se deben utilizar los test más allá de la fecha de caducidad que conste en el kit.
   También se tendrán en cuenta la rapidez y facilidad de uso del kit.

Formación del personal que utilizará y/o realizará las TDRA. Esta formación debe ser dirigida y coordinada por microbiólogos y pediatras, según su área de conocimiento.

Aunque las TRDA son técnicamente sencillas de realizar es muy importante que el personal sanitario que utilice estas determinaciones reciba la formación adecuada. No sólo en cuanto a la realización de la técnica, sino que debe incluir varios aspectos para que su implantación en las consultas de atención primaria tenga el impacto esperado en el manejo de estas infecciones y la medida sea coste-efectiva (6).El uso inapropiado de estas pruebas puede dar lugar a la sobreutilización de los recursos, además de aumentar los resultados falsamente positivos y negativos (18).

Sería responsabilidad de Microbiología la formación en las siguientes áreas:

- Entrenamiento en el uso de los kits de detección de antígeno, lectura e interpretación de resultados, conservación de reactivos, control de calidad.
- Utilidad de los TRDA y sus limitaciones.
- Manual de toma de muestra, manejo de muestras biológicas y normas de bioseguridad.

Sería responsabilidad de Pediatría la formación en las siguientes áreas:

- Talleres de actualización de guías de práctica clínica, criterios de selección/rechazo de pacientes a los que realizar la prueba.
- Entrenamiento en la correcta toma de muestra.

- Información y comunicación con el paciente (cuándo realizar TRDA, resultados, prescripción antibióticos).

- **Evaluación "in situ" del impacto de la introducción de TRDA de SGA en las consultas de atención primaria**. Esta evaluación estaría coordinada entre Pediatría y Microbiología.

  La precisión y exactitud diagnóstica de un test está influenciada por diversos factores relacionados con el propio test y otros factores ajenos al mismo (el personal que lo realiza, toma de muestra, pacientes, cepas circulantes, etc) (7).

  Por ello, sería conveniente comprobar la validez de las TRDA cuando se realizan en las consultas de atención primaria. Para ello se realizaría durante 6 meses un estudio piloto en cada Centro de Salud, realizando en paralelo TRDA de SGA en la consulta y cultivo del exudado faringoamigdalar en el laboratorio de Microbiología. Esto permitiría conocer la prevalencia de SGA en infección, portadores asintomáticos, características analíticas (sensibilidad, especificidad, valores predictivos) de las TRDA en cada centro, además de permitir evaluar si ha mejorado o no la prescripción antibiótica.

- **Registro de los resultados de TRDA**. Esta actividad la realizarían los pediatras y deberá contar con el apoyo técnico de los Servicios de Informática del SAS.

  La información del resultado del test debe incorporarse a la historia clínica del paciente. Además, sería conveniente que los resultados quedaran registrados en una base de datos que permitiera la explotación informática y estadística de los mismos (¿facilitar a los pediatras el registro de resultados de pruebas point-of-care en Diraya Clínica a través del peticionario de pruebas al laboratorio, base de datos común tipo excell gestionada por cada Centro de Salud,..?). Este registro facilitará la labor de seguimiento y evaluación de la utilidad de los TRDA de SGA.

- **Programa de control de calidad**. Microbiología participará en el diseño y elaboración de este programa.

  Para asegurar la calidad de los resultados ofrecidos es recomendable realizar un control de calidad externo con una periodicidad, al menos, semestral. Desde una entidad acreditada se enviarán muestras para control de calidad. Las muestras de control de calidad se procesarán de la misma manera y por el mismo personal sanitario que realice habitualmente las TRDA en cada Centro de Salud. Los resultados de las determinaciones se remitirán a la entidad de control de calidad que emitirá un informe con los resultados del control.

- **Establecimiento de un sistema o programa centinela para vigilar la evolución de la resistencia a antimicrobianos de las cepas de SGA circulantes.** Este punto deberá contar con la participación de especialistas en Epidemiología, Pediatría y Microbiología.

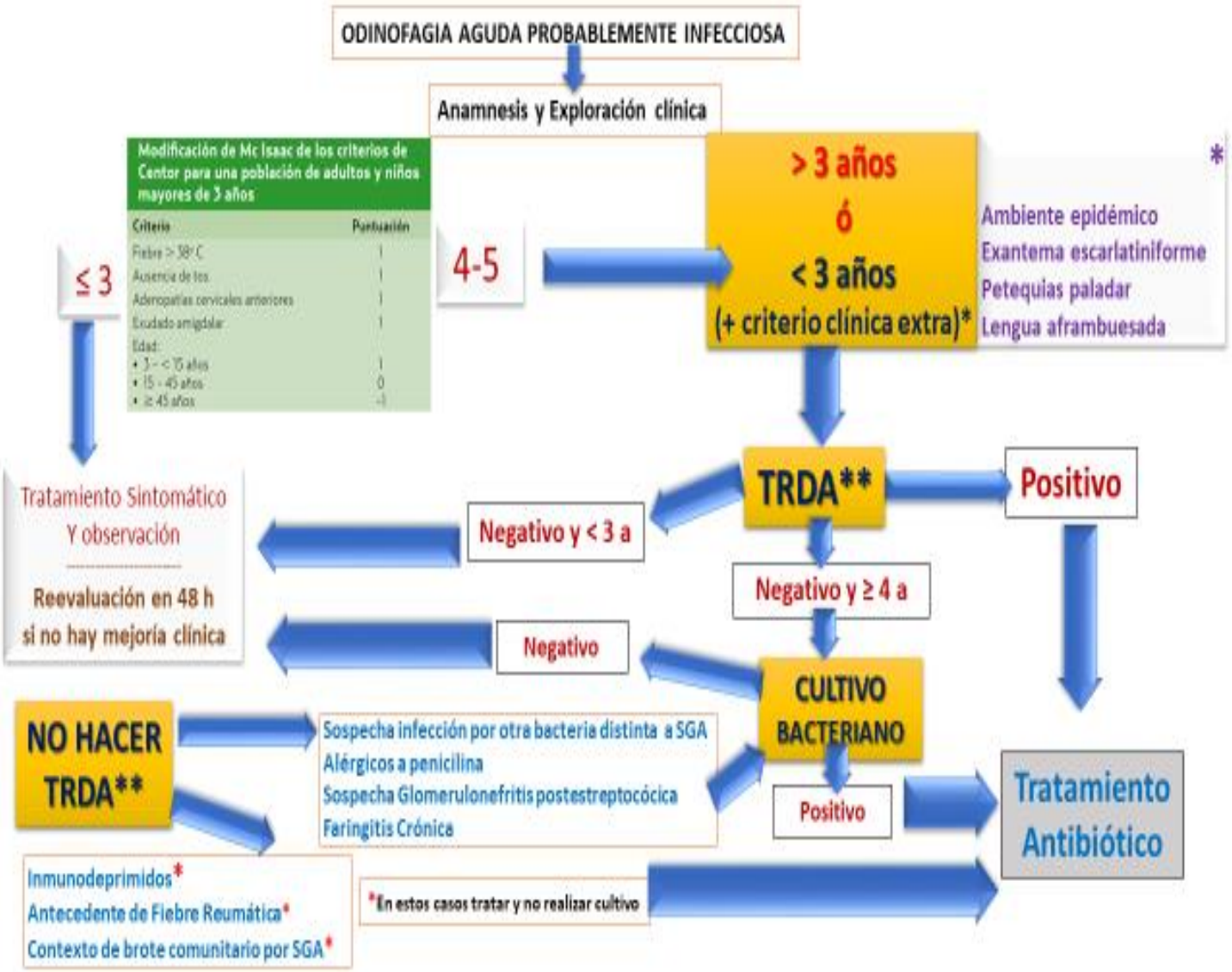
  La existencia de un sistema centinela permitiría conocer la epidemiología y evolución de las resistencias a antimicrobianos de las cepas circulantes de SGA. Además, facilitaría la evaluación del impacto que supone la utilización de los TRDA de SGA en el ámbito de Atención Primaria.

El diseño de este sistema debe tener en cuenta que la población sujeta a vigilancia sea representativa del conjunto de la población atendida para que los datos obtenidos tengan la máxima validez posible. La participación de los Pediatras en este programa sería voluntaria y se seleccionarían en función del número de médicos necesarios para conseguir esta representatividad. Los Laboratorios de Microbiología que voluntariamente participen en este programa deberán utilizar una metodología común (medios de cultivo, tiempo de incubación, sistema de identificación y antibiograma) para que los resultados sean comparables.

Las actividades de vigilancia realizadas en el programa centinela dependerá de los recursos disponibles. Debería incluir al menos la recogida de datos clínicos y epidemiológicos y la confirmación del diagnóstico etiológico mediante métodos de referencia (cultivo del exudado faringoamigdalar).

- Comunicación por parte de los pediatras centinela de los nuevos casos sospechosos de faringoamigdalitis estreptocócica que atienden en las consultas, aportando datos clínicos, demográficos y resultados de TRDA de SGA si se realizara.

- Recogida de muestras de exudado faringoamigdalar de los pacientes atendidos que se enviarán al Laboratorio de Microbiología para su cultivo. En función de la incidencia de la enfermedad se establecerán el número de muestras que se deberán tomar semanalmente. Se realizará cultivo de todas las muestras, independientemente del resultado del TRDA. El laboratorio de Microbiología identificará y realizará antibiograma a las cepas de SGA obtenidas.


ODINOFAGIA AGUDA PROBABLEMENTE INFECCIOSA
Anamnesis y Exploración clínica
Modificación de Mc Isaac de los criterios de Centor para una población de adultos y niños mayores de 3 años
Criterio
Puntuación
Fiebre > 38° C
1
Ausencia de tos
1
Adenopatías cervicales anteriores
1
Exudado amigdalar
1
Edad:
• 3 - < 15 años
1
• 15 - 45 años
0
• ≥ 45 años
-1
≤ 3
4-5
> 3 años
ó
< 3 años
(+ criterio clínica extra)*
*
Ambiente epidémico
Exantema escarlatiniforme
Petequias paladar
Lengua aframbuesada
Tratamiento Sintomático
Y observación
Reevaluación en 48 h
si no hay mejoría clínica
TRDA**
Positivo
Negativo y < 3 a
Negativo y ≥ 4 a
Negativo
CULTIVO
BACTERIANO
NO HACER
TRDA**
Sospecha infección por otra bacteria distinta a SGA
Alérgicos a penicilina
Sospecha Glomerulonefritis postestreptocócica
Faringitis Crónica
Positivo
Tratamiento
Antibiótico
Inmunodeprimidos*
Antecedente de Fiebre Reumática*
Contexto de brote comunitario por SGA*
*En estos casos tratar y no realizar cultivo

BIBLIOGRAFÍA

1. **Shaikh N**, **Leonard E**, **Martin JM**. 2010. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. Pediatrics **126**:e557–64.
2. **Shulman ST**, **Bisno AL**, **Clegg HW**, **Gerber M a.**, **Kaplan EL**, **Lee G**, **Martin JM**, **Van Beneden C**. 2012. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group a streptococcal pharyngitis: 2012 update by the infectious diseases society of America. Clin. Infect. Dis. **55**:86–102.
3. **Cots JM**, **Alós J-I**, **Bárcena M**, **Boleda X**, **Cañada JL**, **Gómez N**, **Mendoza A**, **Vilaseca I**, **Llor C**. 2015. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Atención Primaria **47**:532–543.
4. **Pelucchi C**, **Grigoryan L**, **Galeone C**, **Esposito S**, **Huovinen P**, **Little P**, **Verheij T**. 2012. Guideline for the management of acute sore throat: ESCMID Sore Throat Guideline Group C. Pelucchi et al. Guideline for management of acute sore throat. Clin. Microbiol. Infect. **18**:1–28.
5. **Lean WL**, **Arnup S**, **Danchin M**, **Steer AC**. 2014. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics **134**:771–81.
6. **Llor C**, **Cots JM**, **Hernández S**, **Ortega J**, **Arranz J**, **Monedero MJ**, **Alcántara JDD**, **Pérez C**, **García G**, **Gómez M**, **Guerra G**, **Cid M**, **Cigüenza ML**, **Pineda V**, **Paredes J**, **Burgazzoli JL**, **Munck A**, **Cordoba-Currea G**, **Bjerrum L**. 2014. Effectiveness of two types of intervention on antibiotic prescribing in respiratory tract infections in Primary Care in Spain. Happy Audit Study. Aten. Primaria **46**:492–500.
7. **Gerber MA**, **Shulman ST**. 2004. Rapid Diagnosis of Pharyngitis Caused by Group A Streptococci Rapid Diagnosis of Pharyngitis Caused by Group A Streptococci. Clin. Microbiol. Rev. **17**:571–580.
8. **Cohen JF**, **Chalumeau M**, **Levy C**, **Bidet P**, **Thollot F**, **Wollner A**, **Bingen E**, **Cohen R**. 2012. Spectrum and inoculum size effect of a rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. PLoS One **7**:e39085.
9. **Centor RM**, **Witherspoon JM**, **Dalton HP**, **Brody CE**, **Link K**. 1981. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med. Decis. Making **1**:239–46.
10. **McIsaac WJ**, **White D**, **Tannenbaum D**, **Low DE**. 1998. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. Can. Med. Assoc. J. **158**:75–83.
11. **Giraldez-Garcia C**, **Rubio B**, **Gallegos-Braun JF**, **Imaz I**, **Gonzalez-Enriquez J**, **Sarria-Santamera A**. 2011. Diagnosis and management of acute pharyngitis in a paediatric population: a cost-effectiveness analysis. Eur. J. Pediatr. **170**:1059–67.
12. **García Vera C**. 2014. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Asoc. española pediatría atención primaria. 1–11.
13. **Plainvert C**, **Duquesne I**, **Touak G**, **Dmytruk N**, **Poyart C**. 2015. In vitro evaluation and comparison of 5 rapid antigen detection tests for the diagnosis of beta-hemolytic group A streptococcal pharyngitis. Diagn. Microbiol. Infect. Dis. **83**:105–111.
14. **Rogo T**, **Schwartz RH**, **Ascher DP**. 2010. Comparison of the Inverness Medical Acceava Strep A test with the Genzyme OSOM and Quidel QuickVue Strep A tests. Clin. Pediatr. (Phila). **49**:1050–2.
15. **Gazzano V**, **Berger A**, **Benito Y**, **Freydiere A-M**, **Tristan A**, **Boisset S**, **Carricajo A**, **Poyart C**, **Vandenesch F**, **Descours G**. 2016. Reassessment of the role of rapid antigen detection tests (RADTs) for the diagnosis of invasive Group A Streptococcal infections. J. Clin. Microbiol. JCM.02516–15.
16. **Stewart EH**, **Davis B**, **Clemans-Taylor BL**, **Littenberg B**, **Estrada C a**, **Centor RM**. 2014. Rapid antigen group A streptococcus test to diagnose pharyngitis: a systematic review and meta-analysis. PLoS One **9**:e111727.
17. **Ruiz-Aragón J**, **Rodríguez López R**, **Molina Linde JM**. 2010. Evaluación de los métodos rápidos para la detección de Streptococcus pyogenes. Revisión sistemática y metaanálisis. An. Pediatría **72**:391–402.
18. **Toepfner N**, **Henneke P**, **Berner R**, **Hufnagel M**. 2013. Impact of technical training on rapid antigen detection tests (RADT) in group A streptococcal tonsillopharyngitis. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. **32**:609–11.

Actualización en Infectología Pediátrica

Pruebas Diagnósticas necesarias en Atención Primaria

María del Pilar Lupiani Castellanos
Pediatra AP. UGC Joaquín Pece.
San Fernando. Cádiz
Grupo de Patología Infecciosa AEPap
pililupi@hotmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Lupiani Castellanos, María del Pilar
Actualización en Infectología Pediátrica
Pruebas Diagnósticas necesarias en Atención Primaria
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.33-40

INTRODUCCIÓN

Hay patologías, de la práctica diaria, en Atención Primaria que se pueden beneficiar de la realización de pruebas a pie de paciente que podrían disminuir la realización de otras pruebas complementarias (de más coste, más invasivas o con resultados no inmediatos), derivación a centros de tercer nivel, ayudar al uso racional de antibióticos (menor prescripción, disminuir resistencias y gasto farmacéutico).
Las que ya tenemos, tira reactiva de orina, tuberculina, dermatoscopio.
Dentro de las que ofrece el mercado algunas puedes ser útiles en AP y otras aún no tienen muchos estudios para su aplicación en AP. Entre ellos tenemos la otoscopia neumática, timpanometría, varios test de diagnóstico microbiológico rápido(TDR) (de gripe, de virus sincitial respiratorio, de neumococo, etc.).

Vamos a realizar un pequeño repaso de las pruebas con sus indicaciones y la posible aplicación en el ámbito de la AP.

Pruebas que ya tenemos en AP:

TIRA REACTIVA DE ORINA[1,2]

Es una evaluación semicuantitativa.
Es una prueba que permite descartar pero no confirmar.
Mide densidad, pH, glucosa, proteínas, leucocitos y nitritos.
Se utiliza para descartar una infección de orina.

Para la leucocitoesterasa presenta una sensibilidad de 90% y especificidad de 92%. Falsos positivos 8%.
Para nitritos la sensibilidad está entre 35-85% y especificidad 92-100%.
En conjunto la sensibilidad está entre 88-92% y la especificidad 78-98%.

En que patologías es rentable su realización de manera urgente:

Descartar infección de orina.
Lactante febril sin foco.
Sospecha de debut o descompensación de DM.
Sospecha de hematuria.
Sospecha de proteinuria.

También en estudios de patologías como la enuresis, trastornos miccionales, retraso pondero-estatural, hipertensión vascular, vasculitis o enfermedades autoinmunes.

TUBERCULINA (PT)[3-4]

La PT es la respuesta a la infección por M. tuberculosis que produce una hipersensibilidad retardada a ciertos componentes antigénicos del bacilo. La PT utiliza unos derivados proteicos purificados (PPD) mezcla de distintas especies de micobacterias como M. tuberculosis, M. bovis (incluida en la BCG) y otras micobacterias no tuberculosas (MNT), como el M. avis.
Se administra 0,1ml intradérmica, y aparecerá una pápula de unos 6-10mm.
Se lee a las 42-72 horas. Se mide la induración no el eritema. Será positivo si la induración es >5mm o >10mm en pacientes vacunados con BCG.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS: INDICACIONES
Una de las principales estrategias para reducir la carga de TB en la infancia y adolescencia es la detección de infección tuberculosa latente (ITBL).
El grupo PrevInfad de la AEPap ha actualizado recientemente sus recomendaciones respecto al cribado de la ITBL en nuestro país, basadas en guías nacionales (SNS) e internacionales (NICE).
1.- Se recomienda no realizar el cribado universal de la infección tuberculosa latente en los niños y adolescentes de nuestro país.
2.- Se recomienda realizar el cribado de la infección tuberculosa latente en los niños y adolescentes que pertenecen a grupos de riesgo.
3.- Se sugiere el uso de la tuberculina como primera prueba para el cribado de la infección tuberculosa latente en niños y adolescentes de nuestro país.

DERMATOSCOPIO[5-7]

Es una técnica diagnóstica no invasiva que permite visualizar lesiones cutáneas no visibles a simple vista.
El aparato esta formado por una fuente lumínica polarizada (que disminuye la reflexión y refracción de la luz sobre la piel) y una lente de aumento.
No solo es útil para la valoración de las lesiones cutáneas pigmentadas, que ayuda a identificar lesiones benignas evitando derivaciones innecesarias, sino también trastornos de la queratina, parasitosis cutáneas (escabiosis, pediculosis capitis) o alopecias cicatriciales, molluscum contagiosus.
Precisa un periodo de formación y entrenamiento adecuado para no retrasar el diagnóstico o el tratamiento adecuado.

Pruebas que podrían ser útiles en AP:

OTOSCOPIA NEUMÁTICA [8-10]

Técnica que se basa en la observación de la movilidad de la membrana timpánica (MT). La movilidad de la MT depende de las presiones entre el CAE y el oído medio.
Se utiliza un otoscopio al que se le ajusta un sistema neumático que permite ejercer presión sobre la MT, con un espéculo que permite el cierre hermético del CAE.
Si no hay patología al introducir aire en el CAE la MT se moverá hacia el oído medio y al quitar el aire la MT vuelve a su posición inicial.
Cuando hay obstrucción de la Trompa de Eustaquio, se provoca una presión negativa en el oído medio por lo que al realizar la presión la MT tiene un movimiento muy lento.
Cuando hay líquido en oído medio la movilidad es mínima o nula, que es lo que ocurre en una OMA.

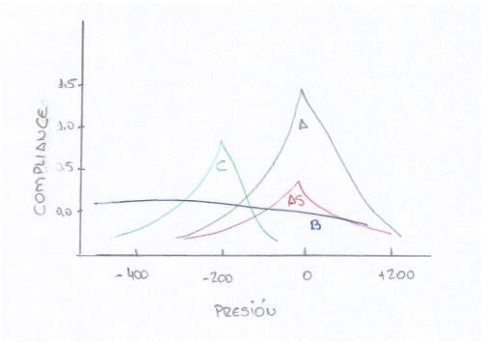
La OMA es la patología pediátrica que provoca más prescripción de antibióticos en la edad pediátrica. Dos de cada tres pacientes suelen presentar su primer episodio de OMA antes del año de vida y más de un 90% lo presentan antes de los 5 años.
La OMA (actualmente en CIE-10 denominada otitis media supurativa), se define como la **presencia de exudado en el oído medio** con signos y síntomas de inflamación aguda, como la hiperemia timpánica intensa y la otalgia, que en lactantes se suele manifestar como irritabilidad, llanto, insomnio y/o rechazo del alimento.Al detectar la presencia de líquido en el oído, sería de gran utilidad a la hora de diagnosticar la OMA cuando tengamos dudas lo que nos permitiría disminuir el uso de antibióticos, sobre todo en los pacientes menores de 2 años que son los que en los protocolos de tratamiento son los que presentan más riesgo de complicaciones y OMA de repetición.

TIMPANOMETRÍA[8,11]

Prueba no invasiva.
También llamada impedanciometría acústica.
Permite observar la respuesta del oído medio (OM) a un estímulo sonoro, midiendo la resistencia que los diferentes componentes del OM oponen al estímulo sonoro.
Informa sobre la presión en el oído medio, la integridad y movilidad de la membrana timpánica y la continuidad de la cadena de huesecillos.

Podemos determinar:

- Oído normal (A)
- Presencia de serosidad o mucosidad en oído medio (B)
- Obstrucción tubárica simple (C)
- Otoesclerosis (fijación de la cadena de huesecillos) (As)



Al igual que la otoscopia neumática nos ayudaría en el diagnóstico de OMA, presencia o no de líquido en el oído medio.

TEST RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO[12-15]

Son pruebas que están diseñadas para poder realizarse en la consulta. La recogida de muestra suele ser sencilla y la mayoría no son invasivas. Los resultados se obtienen en poco tiempo, como máximo unos 15 minutos.
Son medidas cualitativas, el resultado será positivo o negativo, no permite diferenciar en ocasiones entre portador o infección. No nos proporciona la carga del microorganismo implicado.
Son pruebas que nos ayudan a poder nuestra orientación diagnóstica y terapéutica. La interpretación del resultado solo deberá hacerse en el contexto del cuadro clínico que presente el paciente. Se deben utilizar de manera racional, confirmar la sospecha etiológica, afianzar nuestra actitud terapéutica. Si el resultado que obtengamos no va a modificar nuestra actitud frente al paciente no se deberían realizar.

Debemos conocer la sensibilidad y especificidad de estas pruebas para poder interpretar el resultado en el contexto adecuado. Es importante conocer como se deben recoger las muestras y familiarizarse con su procesamiento.

En el momento actual son pruebas que han ido mejorado sus resultados y la mayoría presenta sensibilidades y especificidades mayores del 90%. Estos resultados se deben comparar con las pruebas consideradas "estándar oro" como son el cultivo o la cadena de reacción de la polimerasa (PCR).

TEST DE DETECCION RAPIDA DE VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL[12,16]

Las infecciones de vías respiratorias constituyen una de las principales causas de morbilidad en pediatría y ocupan una gran parte de la actividad asistencial tanto en elámbito hospitalario como en el de la atención primaria. Estas infecciones se presentan como epidemias invernales que afectan a un porcentaje muy elevado de la población pediátrica.La mayoría de estas infecciones son de etiología vírica, pero muchas veces es difícildistinguir solo con criterios clínicos cual es la causa y esto lleva a utilizar múltiples pruebas diagnósticas y muchas veces a pautar tratamiento antibiótico innecesario.

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es uno de los patógenos respiratorios más importante en todo el mundo, causante de infecciones de vías aéreas bajas sobre todo en lactantes, ancianos e individuos inmunodeprimidos y para el que hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento eficaz. Representa una enorme carga para el sistema sanitario, ya que entre el 17 y 31‰ de los infectados requerirán hospitalización, cifras que en España suponen entre 10000 y 14000 ingresos. Además el número de niños fallecidos por infecciones por el VRS se cifra en nuestro país entre 70 y 250 al año.

El cultivo fue considerado como el patrón oro para la demostración del virus durante mucho tiempo, siendo sustituido en la actualidad por técnicas moleculares (PCR) que han revolucionado los procedimientos diagnósticos en virología. Las técnicas moleculares son más sensibles que el cultivo y se pueden realizar en un corto periodo de tiempo. En los últimos años se ha generalizado del uso de técnicas de detección de antígenos virales más rápidas (resultados entre 15-30 minutos) y menos costosas.

Utilidad en AP
- De forma general no es necesario el uso de pruebas para la detección por métodos rápidos del Ag VRS para diagnosticar la bronquiolitis en AP, ya que no implican cambios en el tratamiento ni en el pronóstico de la enfermedad.
- Solamente en aquellos lactantes con una situación clínica en la que la realización de procedimientos, el ingreso hospitalario o la prescripción de antibióticos es altamente probable, el uso de pruebas de diagnóstico rápido podría resultar útil.

TEST RÁPIDO DE LA GRIPE[12,14,17]

Los niños afectos de gripe tienen tasas de ataque importantes, hasta un 45%, y actúan como trasmisores de la infección sobre todo en las poblaciones de riesgo.

Los métodos y técnicas rápidas actuales se realizan de aspirados o secreciones nasofaríngea
Sus principales ventajas son:
- Hacer el diagnóstico de infección en tiempo real.
- Poder instaurar tratamiento antiviral, en el caso que se decida que lo precisa, de forma precoz en la misma visita.

- Establecer medidas de higiene preventiva en su entorno.

Como desventajas:

- Son pruebas en las que la sensibilidad y especificidad son variables según el método y generalmente inferiores a métodos convencionales comovisualización directa y cultivos.

Puntos a tener en cuenta:

- La adecuación de las muestras se debe monitorizar cuidadosamente antes de empezar a realizar pruebas rápidas. El tipo de muestra que se debe recogerserá distinta según el test con que se cuente. Según los estudios previos y lasfichas técnicas el lavado-aspirado nasofaríngeo es el método más rentable.
- También se debe considerar que el periodo para la recogida de la muestra es limitado. El mejor período para practicar el test rápido está entre las 12 y las 48horas del inicio de la sintomatología, y siempre en los 4 primeros días. Antes de las 12 horas puede haber falsos negativo.

Utilidad en AP:

- La utilización del test rápido antigénico para el virus influenza, en todos los pacientes con clínica en el momento de la epidemia, no parece plausible por cuestión práctica y económica.
- Sin embargo se podría valorar su uso en algunas circunstancias como en aquellos niños que por su situación (enfermedades crónicas) pudiera estar indicado el tratamiento antiviral, así como en lactantes, sobre todo menoresde tres meses, con síndrome febril de etiología no aclarada y en periodo epidémico de gripe. En estos casos podría disminuir el uso de otras pruebas diagnósticas complementarias y racionalizar el uso de antibióticos.
- En otras situaciones clínicas que por el estado del niño se hiciera necesario el ingreso hospitalario ayudaría a un mejor manejo y aislamiento del paciente.

TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DEL ANTÍGENO NEUMOCÓCICO EN ORINA[12,18]

El primer paso en la patogénesis de las infecciones neumocócicas consiste en la colonización de la nasofaringe. El único reservorio natural de *Streptococcus pneumoniae* es la nasofaringe humana, desde donde puede transmitirse a otras personas por gotitas respiratorias. La mayoría de las personas colonizadas son portadoras asintomáticas y de ellas, sólo una parte padecerá la enfermedad.

El neumococo es responsable de un amplio abanico de enfermedades infecciosas, bien por diseminación directa desde el lugar de colonización nasofaríngea (otitis media aguda, sinusitis, bronquitis y neumonía); o bien por diseminación hematógena(bacteriemia, sepsis, meningitis, neumonía y otras menos frecuentes), llamándose en este caso infecciones invasivas o bactériemicas, más graves y con mortalidad elevada. El diagnóstico microbiológico de las infecciones invasivas se basa en la identificación del patógeno en un lugar que normalmente es estéril.

Los métodos de detección de antigenuria se han desarrollado con la intención de resolver los problemas diagnósticos. Se basan en que algunas bacterias presentes en animales o seres humanos producen antígenos solubles (habitualmente polisacáridos dela cápsula) detectables en sangre, y eliminados por la orina de forma más concentrada que en otros fluidos. Por ello, y porque en la orina no existen otros anticuerpos que alteren los resultados, su detección es fácil e indicativa de la presencia bacteriana en el organismo que los excreta.

Un resultado positivo en el test por sí sólo no es útil para diagnosticar neumonía u otra enfermedad neumocócica, y las guías no los recomiendan para el diagnóstico de neumonía en niños. Sin embargo, la prueba ofrece una elevada sensibilidad y un valor predictivo negativo cercano al 100%. Ello significa que un resultado negativo del antígeno en orina descarta con gran certeza la infección neumocócica en los casos sospechosos. Este valor será más útil cuanto menor

sea la prevalencia de portadores (niños mayores), ya que a mayor prevalencia de portadores, menor probabilidad de valores negativos en la prueba.

Conclusiones y utilidad en Pediatría de Atención Primaria

• Las formas leves y moderadas de neumonía pueden ser diagnosticadas en AP según la sintomatología clínica, apoyada a veces con la radiología, sin precisar un diagnóstico microbiológico.
• La detección rápida del antígeno neumocócico en orina por ICT no es útil para el diagnóstico de neumonía neumocócica en niños por su baja especificidad.
• Las principales limitaciones de la prueba son los falsos positivos debidos a portadores nasofaríngeos y a la vacunación reciente.
• La negatividad de la prueba podría ser más útil que la positividad, ya que descartaría la enfermedad (valor predictivo negativo elevado). Esta utilidad podría ser menor si la prevalencia de portadores es elevada.

TEST RÁPIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE GASTROENTERITIS[12,15,19]

Las gastroenteritis agudas (GEA) pueden tener distintas etiologías (víricas, bacterianas o parasitarias). Aunque en todas ellas el tratamiento se basa en la reposición hidroelectrolítica, la evolución, el aislamiento u otros tratamientos adicionales pueden ser necesarios. La mayoría presentan síntomas similares y estas pruebas permiten diagnóstico etiológico.
La mayoría de estos procesos son autolimitados, aunque en inmunodeprimidos y niños pequeños pueden ser patologías graves.

Entre las GEA por virus tenemos varios test, mediante inmunocromatografía, individuales o en conjunto para ***Rotavirus, Adenovirus*** (los que producen afectación gastrointestinal, serotipos 40 y 41), **Norovirus, Astrovirus**. En caso del rotavirus nos ayudaría para establecer aislamiento entérico, seguimiento de la vacunación en los lactantes.

Los TDR para GEA bacterianas incluyen test para ***Salmonella***, que si es positivo en < 6 meses o en inmunocomprometidos necesitarían tratamiento antibiótico. Si la GEA es no complicada no se administrarían antibióticos por el riesgo de quedar como portador crónico. Test para ***Shigella***, ayudaría a las formas moderadas-graves a la prescripción de azitromicina, reduciendo el riesgo de que se desencadene un Síndrome Hemolítico Urémico. TDR para ***Campylobacter***, causa de GEA bacteriana más frecuente en niños. Produce deposiciones con sangre. Aunque no suele complicarse, el tratamiento antibiótico ayudaría a evitar la trasmisión, la cronicidad o las recaídas. Tanto las sensibilidades con las especificidades están por encima del 90%.

Para las GEA por parásitos tenemos frente a ***Giardia Lamblia*** y frente a ***Cryptosporidium***, que aunque no hay experiencia de su aplicación en AP, a nivel hospitalario se ha observado concordancia entre los resultados de los TDR con los exámenes de microscopio de las heces, presentado sensibilidades y especificidades del 99%. Se pueden encontrar en kit para los dos.

PROTEINA C REACTIVA[12,14,20]

Es una proteína que se sintetiza en el hígado a las 4-6 horas tras estimulo por citoquinas por inflamación o destrucción celular. Sobre las 8 horas dobla su cantidad con un pico máximo a las 36 horas.
Puede ser de utilidad para el seguimiento del paciente febril sin foco de entre 3-36 meses y el riesgo de bacteriemia oculta entre un 1,5 -4%. Puede ser similar su utilización al uso de la procalcitonina. En estos momentos con la inclusión de las vacunas frente a *Haemophilus*

influenzae tipo b y el neumococo permite actitudes más conservadoras, pues el riesgo baja a un 0,5%.

La PCR no es diagnóstica pero si apoya a la clínica y la exploración.

Existen pruebas de detección rápida por sangre capilar, que son de bajo coste y de resultados en unos 5 minutos. Pruebas por inmunocromatografía con sensibilidad y especificidad alrededor del 95%

Los resultados nos pueden orientar de manera que si se presenta:

PCR < 30mg/L sospecha de infección vírica

PCR entre 30-70 mg/L dudas entre vírica y bacteriana

PCR > 70 mg/L sospecha de infección bacteriana

Puede ayudar a identificar infecciones de vías respiratorias bajas, neumonía adquirida en la comunidad, que podría identificar a aquellos que se podrían beneficiarse de tratamiento antibiótico. También en la orientación de las infecciones de orina PCR < 70mg/L vías bajas y PCR >70mg/L vías altas.

BIBLIOGRAFIA

1. Suárez Rodríguez MA, García Vera C. Pruebas de diagnóstico de ITU en niños. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Disponible en:http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/pruebas_de_diagnostico_de_itu_en_ninos.pdf
2. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:91-108
3. Lupiani Castellanos MP, Ramírez Balza O, Albañil Ballesteros MR. ¿Qué hay de nuevo en patología infecciosa en Pediatría de Atención Primaria? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 143-60.
4. Mengual J; Grupo Prev Infad. Cribado de la Tuberculosis. Previnfad. Recomendaciones sobre actividades preventivas en la infancia y adolescencia. [Fecha de acceso 10 dic 2017]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/tbc.htm
5. Porta Aznarez N. Aplicaciones de la dermatoscopia en Pediatría. Form Act Pediatr Prim.2014;7(2):87-92
6. Alcántara Muñoz PA, Menárguez Puche JF. Dermatoscopia en Atención Primaria.AMF 2013;9(6):331-339.
7. Martín, JM., Ricart, JM., Villalón, G., Jordá, E., Utilidad de la dermatoscopia para el diagnóstico de la pediculosis capitis. Pediatría Atención Primaria [en linea] 2008, X (Abril-Junio) : [Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2017] Disponible en:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638702012 ISSN 1139-7632
8. García Vera C. Otitis media aguda. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2013;22:49-59.
9. Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Otitis media aguda. AEPap. 2017 (en línea) consultado el 01/12/2017. Disponible en http://www.algoritmos.aepap.org
10. Benito Orejas JI, Velasco Vicente JV, Mata Jorge M, Bachiller Luque R, Garrido Redondo M, Ramírez Cano B. Otoscopia neumática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;(epub: 29/Oct/2015).
11. Benito Orejas JI, Bachiller Luque R, Garrido Redondo M, Velasco Vicente JV, Mata Jorge M, Ramírez Cano B. Uso de la timpanometría en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;69:e47-e53.
12. De La Flor I Brú J, Marés Bermúdez J. Test de diagnóstico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. Ergón 2016.
13. Vila J, Gómez MD, Salavert M, Bosch J. Métodos de diagnóstico rápido en microbiología clínica: necesidades clínicas. Enferm Infecc Microbiol Clin.2017;33(1):41-46.
14. Llor C, Alkorta Gurrutxaga M, de la Flor i Brú J, et al. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. Aten Primaria.2017;49(7):426-437.
15. Pueyo Val J, Pueyo Val OM, Carmón Cortes R. Utilidad de las pruebas de diagnóstico rápido en las enfermedades infecciosas. FMC.2009;16(2):58-67.
16. Alfayate S, Bengoa A, Cocho P. Grupo de Patología Infecciosa AEPap. Test dedetección rápida del virus sincitial respiratorio . Enero de 2014.Disponible en http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologiainfecciosa/contenido/documentos
17. Bengoa A, Cocho P, Alfayate S. Grupo de Patología Infecciosa AEPap. Test dedetección rápida de virus de gripe . Enero de 2014.Disponible en http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologiainfecciosa/contenido/documentos
18. Martínez Chamorro, MJ. Grupo de Patología Infecciosa AEPap. Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad neumocócica: utilidad del test rápido de detección del antígeno neumocócicoen orina en Pediatría. Febrero 2014. Disponible en http://www.aepap.org/grupos/grupo-depatologiainfecciosa/contenido
19. Balsalobre-Arenas L, Alarcón-Cavero T. Diagnóstico rápido de las infecciones del tracto gastrointestinal por parásitos, virus y bacterias. Enferm Infecc Microbiol Clin.2017;35(6):367-376.
20. Llor C, Moragas A. Cómo utilizar la proteína C reactiva. FMC.2014;21(1):30-32.

Actualización en Infectología Pediátrica

Sepsis en Pediatría. ¿Dónde estamos?

Juan Luís Santos Pérez

Jefe de Sección. Urgencias de Pediatría. Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunopatología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
jlsantosperez@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?

Santos Pérez, Juan Luís
Actualización en Infectología Pediátrica
Sepsis en Pediatría. ¿Dónde estamos?
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.41-48

La sepsis constituye hasta el 8% de los ingresos en la UCI pediátrica, con una mortalidad que actualmente se considera de un 10%. La epidemiología de la sepsis ha cambiado en los últimos años, con una menor incidencia de la sepsis extrahospitalaria en niños sanos, fruto de la vacunación frente a bacterias relacionadas con la sepsis.

A pesar de su frecuencia e importancia, no existe una definición clara de la sepsis y los procesos relacionados, habiendo variado los conceptos a lo largo de los últimos años. Paralelamente se ha producido un aumento de su incidencia y una disminución de la mortalidad. La mejoría en el pronóstico de la sepsis ha venido de la mano de dos hechos fundamentales: el diagnóstico precoz y la aplicación de medidas estandarizadas por objetivos. Aún así, también se ha señalado que la aplicación de definiciones de sepsis con una alta sensibilidad ha podido contribuir al sobrediagnóstico y a incluir procesos de curso más favorable. Por ello, es interesante conocer como ha evolucionado este concepto a lo largo de los últimos años.
En 1991 se establece un primer consenso en el que se define la sepsis en adultos como infección + 2 criterios de síndrome de respuesta sistémica a la misma (SIRS). La sepsis grave se produciría cuando existe disfunción de órganos, considerándose el shock séptico cuando se presenta hipotensión a pesar de la administración adecuada de fluidos.
En 2001 se publicó un nuevo consenso en el que, si bien se llamó la atención sobre el carácter inespecífico de los conceptos, continuaron manteniéndose.
La instauración en 2002 de la campaña “sobrevivir a la sepsis” marca el inicio del reconocimiento de un problema sanitario que precisa medidas de abordaje globales, la consideración de una patología tiempo dependiente y la estandarización del tratamiento en una serie de medidas guiadas por objetivos.

Fruto de lo anterior, en 2004 se publican las primeras guías sobre el manejo de la sepsis, sepsis grave y shock séptico. Estas guías fueron posteriormente revisadas en 2008 y 2012. En 2005, en la Declaración de Barcelona, se adaptaron las definiciones de los adultos a la edad pediátrica.

No existe duda de que estos consensos han contribuido ampliamente a mejorar el diagnóstico y pronóstico de la sepsis. No obstante, diversos estudios tanto en adultos como en niños muestran discrepancias entre los criterios de sepsis , sepsis grave y shock séptico y los diagnósticos establecidos por los clínicos, consecuencia de una alta sensibilidad y baja especificidad.
Las guías publicadas hasta este momento incluyen el manejo de la sepsis en edad pediátrica.

La última revisión se realiza en 2016, siendo publicada en 2017. En estas guías, denominadas Sepsis-3, basándose en análisis de datos de 148.907 pacientes, se produce una profunda revisión de los conceptos, que podemos resumir en los siguientes:

- Se define sepsis como disfunción orgánica que aparece por la respuesta inflamatoria a la infección.
- Desaparece el concepto "sepsis grave"
- Se mantiene el concepto "shock séptico" con alguna modificación

En esta ocasión no existe un apartado específico de sepsis en Pediatría, si bien se incide en la necesidad de establecer una guía desarrollada por grupos pediátricos, adaptando los conceptos establecidos en las guías de adultos basados en el análisis de datos propios.

La definición de disfunción orgánica se establece a través del índice SOFA (Sequential Organ Failure Assement score), definiéndose como un aumento de 2 ó más puntos en el índice SOFA debido a una infección (Tabla 1).

Índice SOFA	0	1	2	3	4
Respiración PaO_2/FiO_2 o SaO_2/FiO_2 mmHg	>400	<400 221-301	<300 12-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirrubina (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2-5.9	6-11.9	>12
Cardiovascular Hipotensión	No hipotensión	PAM<70	Dopamina ≤ 5 o dobutamina (cualquier dosis)	Dopamina >5 o noradrenalina ≤ 0.1 o adrenalina ≤ 0.1	Dopamina > 5 o noradrenalina > 0.1 o adrenalina >0.1
SNC (Escala de Glasgow)	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o diuresis (ml/d)	<1.2	1.2-1.9	2-3.4	3.5-4.9 ó <500	>5 ó <200
Dosis de catecolaminas: microg/kg/min durante al menos 1 hora					

Tabla 1.- Índice SOFA

La finalidad de los criterios Sepsis-3 es establecer el diagnóstico rápido de aquellos pacientes con mayor riesgo de muerte, de cara a iniciar un tratamiento rápido y efectivo. No obstante, los ítems basados en parámetros analíticos pueden no estar siempre disponibles. Por este motivo se establece el quick-SOFA (q-SOFA). Los criterios del q-SOFA son:

- Alteración del nivel de conciencia definido como una puntuación en la escala de Glasgow ≤ 13
- Tensión arterial sistólica ≤ 100 mmHg
- Frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm

Se define sepsis como la alteración de 2 ó más puntos en q-SOFA.

El shock séptico pasa a definirse como la situación en que un paciente con sepsis precisa de la administración de drogas vasoactivas a pesar de resucitación adecuada con fluidos para mantener una TAM ≥65 y tiene un nivel de lactato en suero ≥ 2 mmol/L.

Tras la aplicación de estos criterios, surgen dudas que tendrán que ser respondidas próximamente, siendo la fundamental: ¿mejorando el valor predictivo de los criterios (más especificidad y menor sensibilidad), aumentaremos la supervivencia de los pacientes?

Por tanto, podemos adoptar una actitud a la espera de las nuevas guías, aplicando hasta entonces las actuales. No obstante, pienso que mantenernos en esta actitud, impediría aprovechar

algunas de las novedades, teniendo en cuenta que para algunas de ellas ya se han realizado estudios para valorar su impacto en el pronóstico.
En las nuevas guías se recomiendan la incorporación de los cambios, estrategias para la detección precoz, cumplimiento de los paquetes de medidas, desarrollo de programas de mejora e implementación de estas acciones en las organizaciones sanitarias.
En nuestro medio se han desarrollado dos guías que toman como referencia las guías pediátricas de 2012; el Documento de Consenso SECIP-SEUP sobre manejo de sepsis grave y shock séptico en Pediatría y el Proceso Asistencial Sepsis Grave. Como es obvio, a la vista de lo anterior, en el caso del adulto, el PAI ha perdido vigencia; entre otros motivos porque ya no se contempla el concepto de Sepsis Grave. Me consta que la coordinadora del Proceso tiene intención de emprender su revisión.
En el caso de Pediatría, aun no se han modificado las guías de diagnóstico y tratamiento, por lo que hasta que esto no suceda, continuamos aplicando las anteriores.
Puesto que aún no existe fecha para la publicación de las nuevas guías pediátricas, pretendo realizar aquí una revisión de la sección pediátrica del PAI sepsis grave.
En la figura 1 y 2 se representan la detección y la actuación inicial en la sepsis en Pediatría.

Definición

Se definen los siguientes conceptos:
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: Presencia de al menos dos de los siguientes cuatro criterios. Uno de ellos debe ser distermia o alteración leucocitaria.

- Distermia central
- Alteración del ritmo cardíaco
- Taquipnea
- Alteración leucocitaria

En la tabla 2 se detallan los valores según la edad.
Sepsis: Presencia de dos o más criterios de SIRS con infección sospechada o confirmada.
Sepsis grave: Sepsis acompañada de datos de disfunción orgánica.
Shock séptico: Sepsis grave con disfunción cardiovascular tras correcta expansión de volumen.

Criterios de SRIS / Edad	1m–2 años	2 – 5 a	6 – 12 a
Distermia central:	>38,5 ºC ó < 36 ºC		
Alt. Leucocitaria:	> 17.500 ó < 5.000/mm^3	> 15.500 ó < 6000	> 13.500 ó < 4.500
	O más del 10% de formas inmaduras		
Taquicardia(*): lpm	>180	>140	>130
Bardicardia(**): lpm	< 90		
Taquipnea(***). rpm	< 60	< 50	

(*): definida como una frecuencia cardiaca superior a dos desviaciones estándar por encima de la media para la edad, de forma mantenida en ausencia de estímulos externos.
(**): definida como frecuencia cardiaca < al percentil 10 en ausencia de estimulo vagal, betabloqueantes o cardiopatía congénita.
(***): Frecuencia respiratoria superior a dos desviaciones estándar por encima de la media para la edad.

Tabla 2.- Criterios de SIRS según la edad.

Es de esperar que los nuevos conceptos utilicen las escalas de valoración de disfunción orgánica en Pediatría: PELOD (Pediatric Logistic Organ Disfunction), P-MODS (Pediatric Multiple Organ Disfuntion Score).

Un aspecto interesante de las guías del 2016 es la adaptación del índice SOFA fuera de la UCI, utilizándose el q-SOFA, basado en criterios clínicos, aplicables al medio extrahospitalario.
En el PAI sepsis grave, incluimos la utilización en Pediatría de los criterios de Carcillo para la sospecha diagnóstica, también basados en signos clínicos, superponibles con el q-SOFA:

- Alteración de la temperatura (hipertermia o hipotermia)
- Estado mental alterado
- Alteración de la circulación (piel caliente y pulsos saltones o piel fría y pulsos débiles)

Aún sin datos actualizados, podemos decir que su aplicación es útil, si bien sería necesaria la estandarización de una puntuación que permitiera su uso como índice pronóstico.

Detección precoz

En el medio extrahospitalario, ante la sospecha de infección, la valoración debe comenzar categorizando la gravedad según la impresión clínica en aspecto normal, enfermo y tóxico.
En menores de tres años pueden utilizarse las escalas validadas para el manejo del síndrome febril sin foco (YIOS, YALE).
En niños, en la valoración inicial, la presencia de petequias sugerentes de meningococcemia son indicativas de gravedad.
Ante la sospecha de sepsis grave (aspecto tóxico, YALE≥16, YIOS≥7, datos de meningococcemia) debe procederse a la activación del código sepsis (tabla 3) e iniciar el tratamiento in situ.

CÓDIGO SEPSIS

1- Obtener el peso.
2- Registro de datos clínicos.
3- Registrar la hora de activación (hora "0").
4- Iniciar tratamiento de resucitación:
    a. Oxigenoterapia si $SatcO_2$ <95%
    b. Acceso vascular:
        i. Extraer glucemia capilar, hemocultivo y analítica
        ii. Administrar suero fisiológico 20 ml/kg en 10 mim
        iii. Administrar primera dosis de antibiótico
    c. Vía intraosea si no se consiguiera acceso vascular
    d. Si glucemia < 80 mg/dL, se administrara suero glucosado 10% 5 ml/kg
    e. Si pH<7,10 administrar bicarbonato 1M: 1-2 ml/kg diluido al 50%
5- Activar el traslado urgente medicalizado

Tabla 3.- Código sepsis. PAI Sepsis grave.

Resucitación inicial

La resucitación deberá iniciarse tan pronto como se detecte la sepsis grave, y precisará del establecimiento de un acceso vascular, que será inicialmente una vía periférica, instaurándose una vía interósea si esta no es posible. La vía venosa permitirá además la extracción de muestras para analítica. La resucitación con fluidos se iniciará con cristaloides isotónicos de 20 ml/kg en 5-10 min hasta 60 ml/kg o más. La administración de fluidos se interrumpe si hay normalización de la perfusión o aparecen datos de mala tolerancia clínica.

En las guías de 2016 ya no se recomiendan objetivos hemodinámicos, como la presión venosa central (PVC) o la saturación venosa de O2>70% como objetivos de la administración de fluidos. Esto se basa en estudios en los que el alcanzar estos objetivos se asocia con mayor cantidad de líquidos administrados, más uso de drogas vasoactivas, sin que se haya demostrado que mejore el pronóstico.
Por ello se recomienda guiar la administración de líquidos por variables clínicas, como la tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, diuresis, saturación arterial de oxígeno o temperatura. En niños se recomiendan valores de PAM de 55 mmHg en recién nacidos, 60 mmHg en < 1 año y 65 mmHg en > 1 año.
Por tanto, podemos seguir recomendando la administración inicial de fluidos isotónicos, si bien de forma más prudente, fijándose en la valoración de la respuesta a través de parámetros clínicos. Aunque la cuantificación del lactato no está disponible en el medio extrahospitalario, señalamos aquí que su determinación, con algunas limitaciones, sigue siendo útil para valorar la respuesta al tratamiento.

Hemocultivo

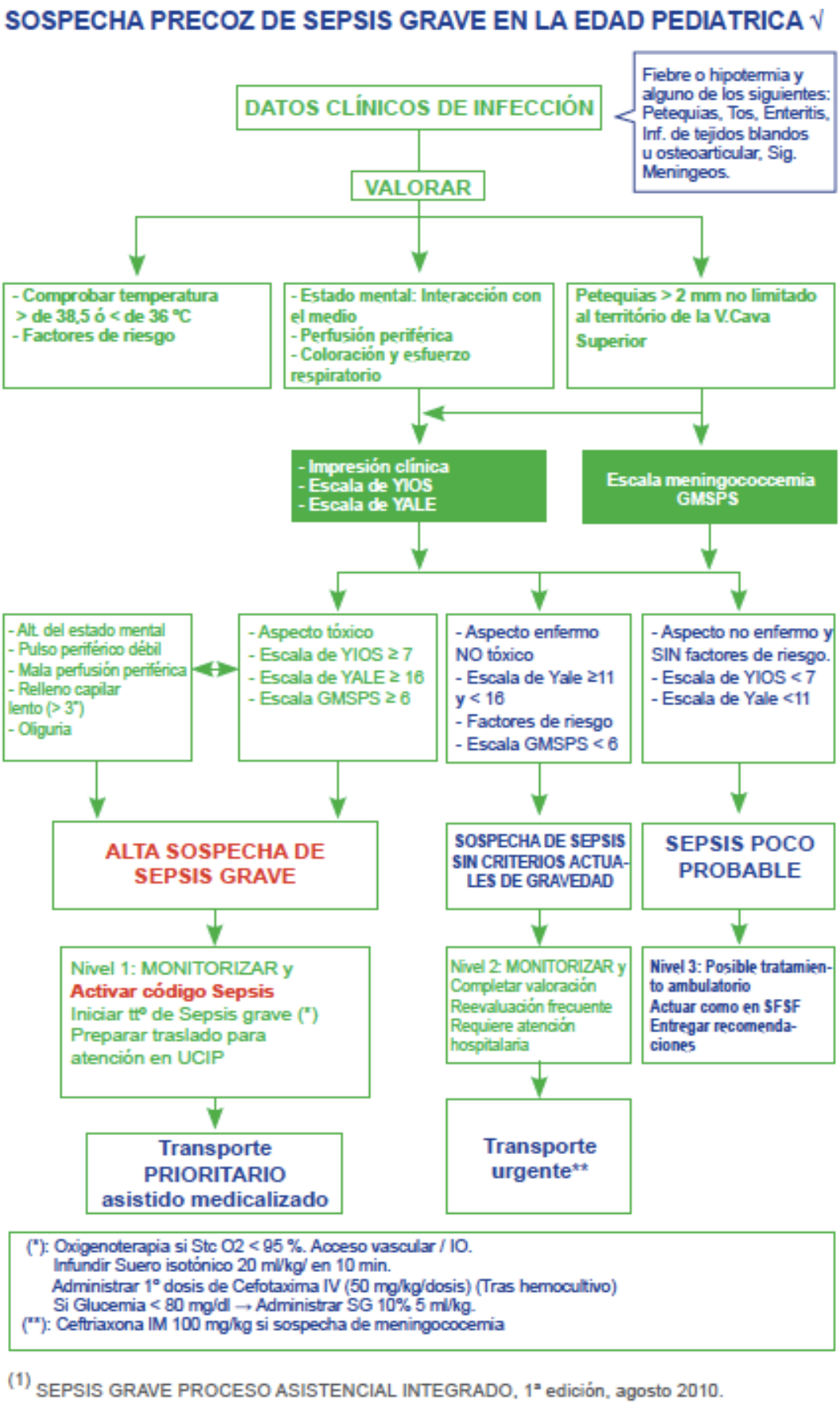
Las determinaciones analíticas incluirán el hemocultivo siempre que sea posible y no retrase la instauración del tratamiento. Las pruebas microbiológicas moleculares pueden ser una alternativa, aunque aún no están suficientemente extendidas ni validadas.

Antibioterapia

Se debe administrar el antibiótico de forma precoz, tras la recogida del hemocultivo, aunque, como hemos dicho, no debe demorarse en caso de que no pueda extraerse.
La elección del antibiótico depende de la existencia de enfermedad de base, tipo de germen, origen del foco y resistencias locales. En el caso de sepsis sin foco en paciente inmunocompetente y sin criterios de riesgo, se administrará cefotaxima a dosis de 50 mg/kg. En caso de no disponerse de acceso vascular, en el medio extrahospitalario se administrará ceftriaxona intramuscular a dosis de 100 mg/kg, que también podrá ser administrada por vía intravenosa, teniendo en cuenta que el disolvente es distinto según la vía de administración.
En las guías de 2016 se insiste en la necesidad de instaurar antibioterapia en la primera hora, en base a estudios que demuestran una menor morbimortalidad. Se realizan consideraciones en función de factores de riesgo y criterios farmacocinéticos y farmacodinámicos que no vamos a tratar aquí.

Fármacos vasoactivos

En caso de persistir los datos de hipoperfusión tras la expansión de fluidos o cuando la tolerancia clínica es limitada, debe iniciarse la administración de aminas. En niños, la droga de elección es la dopamina. En los casos de fracaso, se recomienda noradrenalina en caso de disminución de resistencias periféricas (vasodilatación, shock caliente) o adrenalina en caso de resistencias aumentadas (vasoconstricción, shock frio).
En el caso del adulto se sigue recomendando la noradrenalina como droga de primera elección en la mayoría de los casos.
Algunos estudios recientes indican mejores resultados con el uso de adrenalina como droga de elección en la primera fase. A la espera de las nuevas indicaciones, parece razonable continuar con la dopamina como primera medida, que tiene además la ventaja de que puede utilizarse por vía periférica a una dilución adecuada. En caso de hipotensión grave con hipoperfusión, podría estar indicada la adrenalina.
Existen asimismo en las nuevas guías se actualizan recomendaciones para mantenimiento, estabilización y soporte que corresponden al manejo del paciente en UCI.



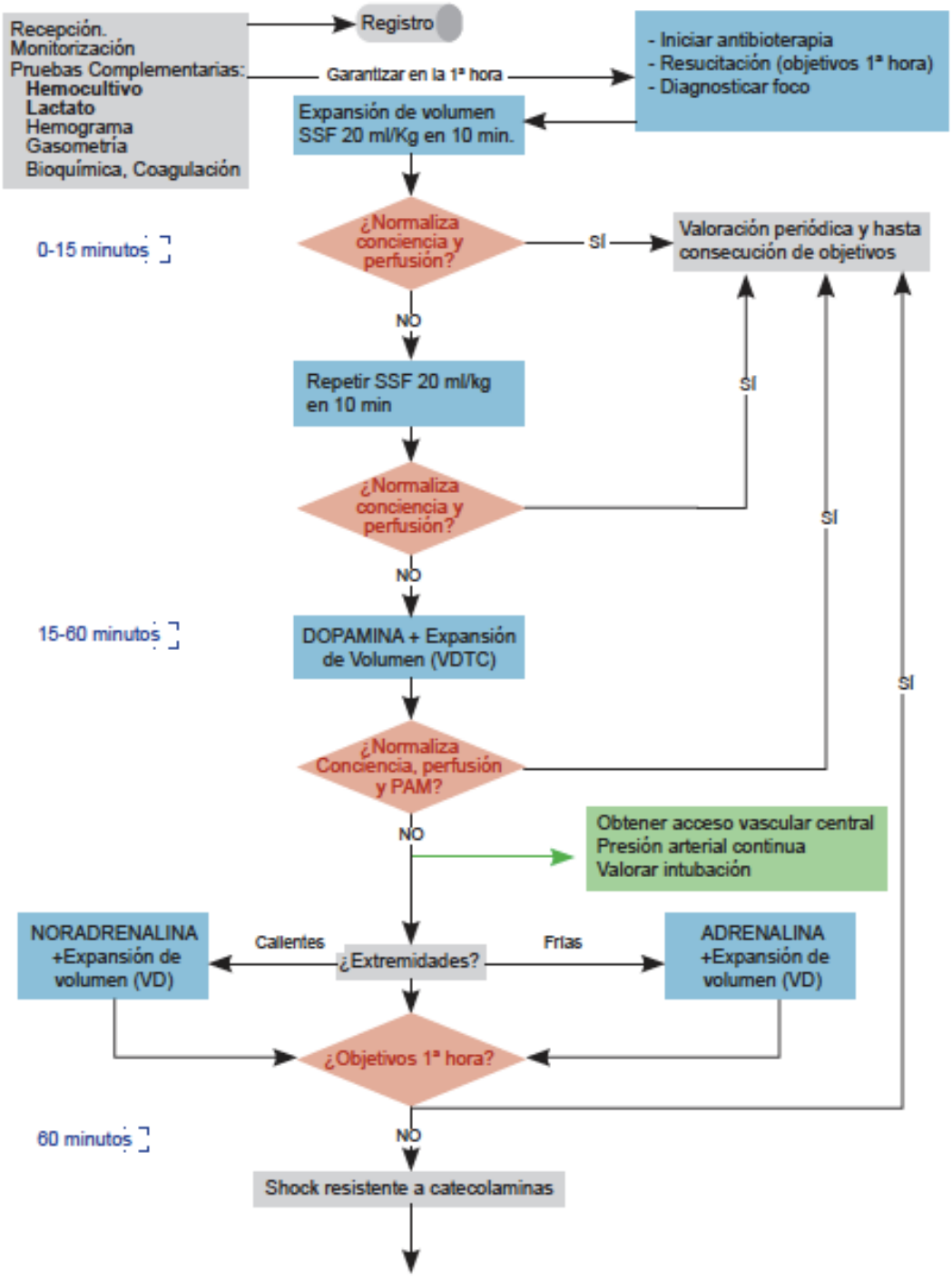
(1) SEPSIS GRAVE PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO, 1ª edición, agosto 2010.

Fig.1

Resucitación inicial población pediátrica(1)

OBJETIVOS DE LA 1ª HORA: Personal Médico y Personal de Enfermería

Normalizar FC, PAM, Relleno capilar, Diuresis, Lactato, Ex.B, St O2, Glucemia, Ca ++ y estado mental.



VDTC: Expansión de volumen dirigida por tolerancia clínica.
VD= Expansión de volumen dirigida para garantizar PVC 8-12 mmHg (12-15 si V mecánica o Distensión abdominal)

(1) SEPSIS GRAVE PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO, 1ª edición, agosto 2010.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos B., R. (2016). Shock séptico en pediatría: menos es más. *Revista Chilena de Pediatría*, *87*(2), 148–149. http://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.008
2. Dellinger, R. P., Carlet, J. M., Masur, H., Gerlach, H., Calandra, T., Cohen, J., et al. Surviving Sepsis Campaign Management Guidelines Committee. (2004). Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine*, *32*(3), 858–73. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15090974
3. Dellinger, R. P., Levy, M. M., Carlet, J. M., Bion, J., Parker, M. M., Jaeschke, R., et al. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. (2008). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Critical Care Medicine*, *36*(1), 296–327. http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000298158.12101.41
4. Dellinger, R. P., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S. M., et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including the Pediatric Subgroup. (2013). Surviving Sepsis Campaign. *Critical Care Medicine*, *41*(2), 580–637. http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31827e83af
5. De Carlos JC. ¿Debemos adoptar nuevas recomendaciones en el manejo actual de la sepsis? Rev Esp Ped 2017; 73 (supl1):23-27
6. Esteban F. Revisión de las nuevas definiciones sobre la sepsis y su aplicación en Pediatría. Rev Esp Ped 2017; 73 (supl1):21-22
7. Kawasaki T. Update on pediatric sepsis: a review. J Intensive Care 2017;5:47-58
8. Red española de agencias de evaluación de Tecnologías y prestaciones del sistema nacional de salud. (n.d.). Retrieved from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_525_EMI_ICS_compl.pdf. Fecha de consulta: 17/12/2017
9. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., et al.Dellinger, R. P. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, *43*(3), 304–377. http://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6
10. Rodríguez, A., Martín-Loeches, I., & Yébenes, J. C. (2017). New definition of sepsis and septic shock: What does it give us? *Medicina Intensiva*, *41*(1), 38–40. http://doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.008
11. Sepsis: recognition, diagnosis and early management | Guidance and guidelines | NICE. (n.d.). Retrieved from https://www.nice.org.uk/guidance/ng51 Fecha de consulta: 17/12/2017
12. Sepsis grave. (n.d.). Retrieved from http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/sepsis_grave/sepsis_grave.pdf Fecha de consulta: 17/12/2017
13. Shankar-Hari, M., Phillips, G. S., Levy, M. L., Seymour, C. W., Liu, V. X., Deutschman, C. S., et al.Sepsis Definitions Task Force. (2016). Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock. *JAMA*, *315*(8), 775. http://doi.org/10.1001/jama.2016.0289

Actualización en Alimentación Infantil

Lactancia más allá de los 6 meses

Raúl Peiró Aranda
Pediatra. Málaga
raul.peiro.sspa@juntadeandalucia.es

¿Cómo citar este artículo?
Peiró Aranda, Raúl
Actualización en Alimentación Infantil
Lactancia más allá de los 6 meses
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.49-53

La organización mundial de la salud recomienda que la lactancia materna sea exclusiva hasta los 6 meses, que entre los 6 meses y el año sea el principal alimento y que se mantenga después, hasta por lo menos los dos años.
Como profesionales de la salud, tenemos que apoyar a esa madre, para vencer las dificultades que se le puedan plantear a lo largo de su lactancia.
Una vez que ya está establecida la lactancia de forma exitosa, muchas madres pueden tener dudas de cómo afrontar su lactancia después de estos primeros 6 meses.

- De no preocuparse de qué le tienen que preparar para comer a su hijo a iniciar la alimentación complementaria.
- También muchas de ellas tienen que incorporarse de nuevo a su trabajo y no saben cómo compatibilizar.

A lo largo de este tema se van a ir comentando estos aspectos.

1. ¿Cómo encajar la lactancia en la introducción de la alimentación complementaria?

Los motivos para la introducción de alimentación complementaria son en principio nutricionales. Hace falta requerimientos extra de algunos micronutrientes para permitir un buen desarrollo del bebé. Pero también hay razones sociales y de la propia evolución del bebé. Aunque le diéramos ese extra que necesita en forma de gotas, al final también querrá probar eso que nosotros nos estamos llevando a la boca.
La leche materna es el alimento más completo que le podemos ofrecer al bebé, así que hay que tener cuidado de no retirar muchas tomas, porque entonces podemos estar perjudicando la ingesta calórica y de nutrientes esenciales.
Por ejemplo, imaginemos que retiramos una toma de pecho y damos fruta. Si analizamos nutricionalmente la leche que hemos quitado y la fruta que hemos dado, seguramente la riqueza nutricional de la fruta será mucho peor. Habrá más azúcares y déficit de grasa y de proteínas. Probablemente haya tenido que tomar bastante fruta para alcanzar las calorías que le proporciona la leche.
Por eso se recomienda mantener la lactancia a demanda. Y por eso la leche sigue siendo el principal alimento todavía entre los 6 meses y los 12 meses, por lo que hay que priorizarla.
¿Entonces, si tiene hambre, qué le doy, pecho u otros alimentos?
La respuesta a esta pregunta no es fácil. La clave está en pensar en que estamos en un proceso de diversificación de los alimentos. Es un proceso que no se puede parar. Aunque no queramos darle comida al bebé, al final nos la va a arrebatar.
Simplemente hay que dejar que la alimentación sea un proceso de aprendizaje y de disfrute en familia. Todos comemos. Por lo tanto, siempre que estemos en la mesa, es importante que el bebé nos vea. Su curiosidad y su hambre van a hacer que quiera comer lo mismo que nosotros.

De lo que tenemos que estar verdaderamente preocupados es de que la comida que vea sea sana y equilibrada.

Ese proceso es progresivo. La cantidad de alimentos distintos a la leche materna que al principio va a comer es muy escasa. Una o dos veces, según la OMS, entre los 6-7 meses. Por lo tanto, si el bebé tiene mucha hambre, va a querer pecho, que es lo que él conoce. Después, cuando reconozca otros alimentos, los demandará también. Ayuda a que coma más cantidad también su madurez a la hora de cogerlos con la pinza de la mano (según la tabla de Haizea-llevant: 50% a los 8 y medio, 75% a los 11 meses).

Para mantener entonces la lactancia durante este periodo, lo único que tenemos que conseguir es que la madre siga dispuesta a darle y que el bebé siga succionando y vaciando. Por lo tanto hay que permitirle que haya suficientes momentos para que haga tomas de pecho. Debe seguir a demanda. Evidentemente en los momentos que nosotros nos pongamos a comer y el bebé esté con nosotros puede que tenga o no hambre, dependiendo de cuándo fue la última vez que tomó el pecho. A nosotros también nos pasa que nuestro apetito es variable. El trato es el siguiente: nosotros ofrecemos alimentos sanos y el bebé elige cuánto comer.

El patrón de conducta hacia la comida de un bebé amamantado puede ser diferente al de un bebé alimentado con leche de fórmula. Los bebés amamantados realizan más tomas de leche que los alimentados con fórmula, ya que toman menos cantidad más veces. Entonces, con los alimentos complementarios puede suceder lo mismo y hacen más “picoteos”. No hay por tanto que encasillar a todos los bebés en que tienen que realizar un determinado número de ingestas o de cantidades. Siempre hay que respetar que el bebé rechace ser alimentado.

Papel de los cereales en el bebé amamantado.

Uno de los “problemas” a los que las madres se enfrentan cuando empiezan la alimentación complementaria es el saber cómo introducir los cereales en polvo en la dieta del bebé. Hay familias que utilizan leche artificial, otras madres se sacan leche, otras veces se mezcla con otros alimentos…

La realidad es que los cereales en polvo no son necesarios en la alimentación. Es un alimento que no usa el resto de la familia. Puede contener más azúcares que lo aconsejable y su aroma es artificial y no tiene ningún parecido con lo que el bebé comerá más adelante en su dieta normal.

Desde luego es un error el introducir la leche artificial para dar cereales al bebé. Su leche es la materna y tenemos que cuidar que se mantenga la lactancia mientras madre y niño quieran.

Pero tampoco es necesario que la madre tenga que extraerse leche para dárselos. Es una incomodidad. Si la madre ha tenido que extraerse leche por razones de trabajo o de separación temporal del bebé, puede mezclarse, pero aun así existen otras fuentes de cereal que pueden utilizarse en la dieta del bebé como arroz, sémolas, fideos y otras pastas, pan… son desde luego las que comerá en el futuro, no presentan azúcares

Con la alimentación tenemos que ser suficientemente flexibles. Evitar dar pautas demasiado rígidas.

Puntos clave en la alimentación a los bebés amamantados que inician alimentación complementaria:

- Alimentarlos a pecho a demanda. Son necesarias más tomas al pecho que las necesarias para los alimentados a fórmula para llegar a la cantidad de leche mínima requerida.
- No sustituir una toma de pecho por comida complementaria. Los alimentos distintos a la leche son un complemento, no una sustitución.
- Si el bebé está con alimentación mixta, los alimentos complementarios pueden servir para disminuir la ingesta de fórmula.
- Introducir precozmente los alimentos ricos en hierro, ya que es una de las razones para iniciar la alimentación complementaria.
- No introducir en la dieta del bebé cereales en polvo en leche de fórmula. Dar alternativas a su uso.

- Si la madre está trabajando, aprovechar los momentos en los que la madre no está para ofrecer los alimentos distintos a la leche y cuando la madre esté ofrecer el pecho.
- Aprovechar los momentos de comida familiar para ofrecer al bebé. Su curiosidad y su habilidad irá aumentando y cada vez aceptará mejor los alimentos distintos a la leche.
- Nunca forzar y elegir siempre alimentos sanos. Este consejo es para todos.

2. Lactancia y trabajo

Las madres pueden dudar si podrán mantener la lactancia cuando se incorporen al mercado laboral. No hay casos imposibles. Simplemente la madre tiene que estar bien informada y motivada para lograrlo.
La mujer tiene derecho a un periodo mínimo de baja laboral de 16 semanas tras un parto. Según convenios de cada profesión o acuerdos de cada trabajadora en particular, este periodo se puede prolongar o permitir reducciones de jornada que ayudarán a la compatibilidad.
Dentro de nuestro seguimiento al niño sano, idealmente en la consulta de los dos meses, se debería preguntar a la madre por su momento de incorporación laboral. Hay que ayudarle a identificar las dificultades que pueda tener, para aportarle consejos que le ayuden a mantener la lactancia y compatibilizarla con su trabajo.
¿Cómo compatibilizar?
Las circunstancias de cada madre pueden ser muy diferentes, pero simplificando los problemas que tenemos que afrontar, son dos: el bebé tiene que alimentarse y la madre tiene que extraerse leche.
- Extraer leche. Hay que preguntar a la madre sobre la posibilidad de tener una pausa y un lugar adecuado en el trabajo que le permita hacerse una extracción. La extracción la puede hacer de forma manual o con un sacaleches.
El número de extracciones a realizar depende del tiempo del que disponga la madre. Lo ideal sería que las hiciera cada 4 horas y cada vez que notara sensación de presión en el pecho. Así para una jornada continua de 8 horas serían ideales dos extracciones. En media jornada, con una sería suficiente. En jornada partida, con una extracción en la parte larga de la jornada también sería suficiente. Conforme el bebé crezca y se acerque o pase del año de edad y aumente la capacidad de tomar otros alimentos es posible que no sean necesarias extracciones en las jornadas cortas de trabajo y si acaso una extracción en jornada continua de la madre.
Si la madre se ve imposibilitada por tiempo para hacer un vaciamiento completo en el momento del trabajo, debe hacer pequeñas extracciones cuando note tensión para así evitar obstrucciones y mastitis y así bajar la producción.
Los sacaleches son aparatos que permiten la extracción mecánica de la leche de la mama de la madre. Hay diversos tipos y tienen algunas peculiaridades.

- Los sacaleches eléctricos son más rápidos. Los hay de una copa y de dos copas, que permiten acortar el tiempo de extracción si se requiere más velocidad de vaciado. Son más caros que los manuales y hacen algo de ruido. Algunos tienen baterías, y otros hay que conectarlos a la red. Normalmente, con práctica, en 15 minutos puede estar hecha la extracción.
- Los sacaleches manuales son de menor costo, pero pueden ser menos eficaces en la extracción que los eléctricos y de tiempo de extracción más largo. Los recomendados son los de palanca.
- Hay que tener en cuenta el tamaño del embudo del sacaleches. No todos los pezones tienen en mismo diámetro. Si el diámetro del embudo donde penetra el pezón es demasiado grande, puede entrar demasiado pecho durante la extracción y obstruir la salida de leche. Y si es demasiado pequeño, el roce del pezón va a resultar doloroso. La talla ideal es que sea dos milímetros mayor el diámetro del embudo que el diámetro del pezón. Hay sacaleches que venden diferentes tamaños de embudo.

- La extracción manual es bueno que la madre la conozca, porque en caso de que note excesiva tensión en un momento puntual, debe hacer una pausa para hacer una pequeña extracción y así evitar la progresión a una posible mastitis.
- La técnica de la extracción manual se basa en un primer momento en que la madre tiene que masajear el pecho. Este masaje también es aconsejable que lo realice antes de una extracción mecánica. La extracción manual suele requerir más tiempo que la mecánica pero no tiene porqué ser menos eficaz.
- Para aprender la técnica podemos remitir a la madre a páginas web y vídeos en internet donde se muestra la técnica. Una buena fuente es la página web albalactanciamaterna.org
- Aconsejar a la madre que en el momento de la extracción visualice una foto o vídeo del bebé. Esto ayuda a que se genere una mayor liberación de oxitocina.

Para la facilitar la compatibilización de la lactancia trabajo, si la madre no consigue extraerse suficiente leche para la demanda del bebé y este ya ha pasado de los 4 meses, se pueden ofrecer en ese momento alimentos complementarios, para pasar a lactancia a demanda, cuando estén con la madre.

Conservación.

Una vez conseguida la leche por parte de la madre hay que conservarla, para luego ofrecérsela al bebé.

En la sección de preguntas frecuentes de la web del comité de lactancia materna de la AEP aparece en siguiente cuadro:

Tiempo de almacenamiento

La leche materna tiene propiedades antibacterianas que permiten su almacenamiento por periodos prolongados de tiempo, en determinadas condiciones.

- Calostro: a temperatura ambiente (27-32 °C) 12 horas.
- Leche madura:
  - A temperatura ambiente
    - 15°C: 24 horas.
    - 19-22 °C: 10 horas.
    - 25 °C: 4 a 6 horas.
    - 30-38ªC: 4 horas
  - Refrigerada (en nevera) entre 0 y 4 °C: 8 días. Cuanto más estable sea la temperatura, mejor se conservará la leche, por lo que no se debe poner la leche en la puerta del frigorifico.
  - Congelada:
    - En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas.
    - En un congelador que es parte de la nevera pero con puertas separadas (tipo combi): 3-4 meses (porque la temperatura varía cuando la puerta se abre con cierta frecuencia).
    - En un congelador separado, tipo comercial, con temperatura constante de -19 °C: 6 meses o más.

La madre tendrá que llevar una neverita portátil con acumulador de frío para el transporte. Esa misma leche puede ofrecerse al bebé al día siguiente.

Consejos y advertencias prácticas:

- Se pueden utilizar cualquier recipiente alimentario. Bolsas, cristal, otros tipos de recipientes. Van marcados con el dibujo de una copa y un tenedor.
- El volumen aconsejable para congelar previamente a la incorporación está en torno a los 100 ml. No hace falta hacer grandes reservas previas, si la madre se va extrayendo a diario. Es mejor ofrecer poco a poco cantidades e ir descongelando, que no ofrecer demasiado y tener que desechar si el bebé no quiere tanta cantidad. Muchas veces los

bebés no demandan demasiado y "esperan" a que llegue su madre para entonces mamar con más frecuencia.

- Cuando la leche se guarda en frigorífico, cuando pasa el tiempo, la grasa se acumula en la zona superior. No significa que no se pueda usar. Al remover, vuelve a homogeneizarse
- En algunas leches extraídas, puede notarse después de descongelarlas un olor a rancio. No significa que la leche no se pueda usar. Esto se debe a que la grasa de la leche se ha visto afectada por la lipasa que contiene la misma leche y esa grasa se ha empezado a degradar. Para evitarlo, se puede aconsejar que después de la extracción caliente la leche hasta 60ºC para limitar la actividad de esta enzima. Si no se tiene termómetro de cocina, hay que calentar en un cazo hasta que empiecen las primeras burbujas finas en los extremos del recipiente, y luego congelar normalmente.
- Es bueno que la madre pueda entrar en contacto con grupos de apoyo a la lactancia, donde puede encontrar a otras madres que también le pueden dar soluciones a los problemas que le vayan apareciendo. Disponibles en ihan.es

Conclusiones

Es fundamental que no perdamos de vista los beneficios que van a tener para la salud de nuestros pacientes que se mantenga la lactancia materna todo lo posible. Nuestra labor es no entorpecer esa lactancia con consejos poco adecuados. Recordemos que no estamos solos en la promoción de la lactancia materna. A nuestro alrededor están las matronas, otros compañeros, grupos de apoyo a la lactancia, innumerables recursos en la web. También podemos formarnos cada vez más en este tema. Las familias que atendemos y nuestros pequeños pacientes nos lo agradecerán.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2002; 1:CD003517.
2. WHO. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/00.1; WHO/FCH /CAH/00.6, 2000.
3. Dewey KG, et al. Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras. Am J Clin Nutr1999;69: 679-86.
4. Gibson RS, Ferguson EL, Lehrfeld J. Complementary foods for infant feeding in developing countries: their nutrient adequacy and improvement. Europ J Clin Nutr 1998;52:764-70.
5. Mangel L, Ovental A, Batscha N, Arnon M, Yarkoni I, Dollberg S. Higher Fat Content in Breastmilk Expressed Manually: A Randomized Trial. Breastfeed Med. 2015; 10: 352-4

Actualización en Alimentación Infantil

Alimentación complementaria: Cuándo, qué, cómo y cuánto

Mª Elena Fernández Segura
Pediatra AP
C. S. de Nerja y Consultorio de Frigiliana. UGC de Pediatría del AGS Este de Málaga-Axarquía.Málaga
elenafsegura@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Fernández Segura, Mª Elena
Actualización en Alimentación Infantil
Alimentación complementaria: Cuándo, qué, cómo y cuánto
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.54-61

INTRODUCCIÓN

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud definió la alimentación complementaria como todo aquel alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que se introduce en la dieta del niño, incluyendo las fórmulas lácteas infantiles1.La Academia Americana de Pediatría2 y posteriormente la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica3 definen la alimentación complementaria como la introducción de otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna y a las fórmulas lácteas infantiles.

De manera práctica la alimentación complementaria hace referencia al periodo en que se introducen de manera gradual los alimentos que toma la familia. La AC no es una enumeración de los alimentos a introducir en edades predeterminadas. La AC es poner en contacto y entrenar al niño con los alimentos que posteriormente lo van a acompañar a lo largo de su vida.

Durante el período de alimentación complementaria, que oscila aproximadamente entre los seis meses y el primer año, la base de alimentación es la lactancia materna o en su defecto la leche de fórmula. Esta debe ser la principal fuente de energía, y el resto es complementario, en ningún caso sustituye la leche materna o a la leche de fórmula.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Los alimentos complementarios son necesarios tanto por razones nutricionales como de desarrollo3.

Las necesidades y requerimientos nutricionales cambian proporcionalmente de acuerdo al crecimiento del niño. A partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrimentos específicos, tales como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D3. La leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas infantiles son insuficientes para cubrir estos requerimientos. Por tanto, se deben aportar a través de la alimentación complementaria. Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales de estos nutrientes, su crecimiento y desarrollo puede verse afectado.

Además, por razones de desarrollo hay que dar alimentos apropiados para la edad con la consistencia correcta y por un método adecuado al desarrollo del bebé.

En este periodo también es importante favorecer las condiciones que permitan la adquisición progresiva de unos hábitos alimentarios saludables y una buena relación con la comida.

En el año 2017 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la AECOSAN5, ha lanzado una campaña para transmitir que lo que se haga en los 1000 primeros días de vida de un niño será un gran paso para su salud. En esos 1.000 días se incluye el embarazo y los 2 años primeros años de vida del bebé (incluida la lactancia). Es un periodo clave en el que hay una gran

oportunidad de prevenir la obesidad y otras enfermedades no transmisibles. Mediante el fomento de hábitos de vida saludables (sobre todo alimentación y ejercicio físico), desde los inicios de la vida, hay más probabilidad de conseguir efectos positivos para la salud que perduren durante la vida adulta. Destaca el apoyo de los profesionales sanitarios relacionados con las embarazadas y los bebés ya que suponen un gran referente a lo largo de toda la vida, y especialmente durante la infancia y la juventud.

Esta campaña recoge el ingente cuerpo de evidencias que ponen de manifiesto la existencia de una "programación fetal" por la que determinados eventos fisiológicos que suceden en etapas tempranas de la vida, desde la concepción hasta los 2 años de edad, producen cambios permanentes en el metabolismo que de alguna manera favorecen el desarrollo posterior de distintas enfermedades y factores de riesgo cardiovascular.

Por eso es necesario un adecuado control nutricional de las embarazadas, mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y una alimentación complementaria dentro de una dieta equilibrada que no contenga un exceso de proteínas animales, con una adecuada cantidad de frutas y verduras, sin azúcares simples y con cereales de grano entero.

Respecto a la alimentación queremos destacar estos puntos de la campaña:

Apoya la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé como recomienda la OMS.

Apoya la lactancia materna prolongada.

Inicio de la AC después de los 6 meses de vida con alimentos saludables y nutricionalmente adecuados.

Los profesionales como protagonistas de los consejos de alimentación que damos a las familias.

Alimentos con distinta variedad de sabores, dieta equilibrada, en cantidades adecuadas, alimentos frescos y de temporada.

Recomienda consultar el etiquetado nutricional de los alimentos procesados: no usar los que tengan alto contenido en azúcares, sal y grasas.

La campaña se llama "Gracias por esos 1000 primeros días".

Las consideraciones sobre alimentación complementaria que se abordan más adelante son iguales para los alimentados con lactancia materna y los alimentados con fórmula. La elaboración e implementación de recomendaciones separadas para la introducción de alimentos sólidos para lactantes y lactantes alimentados con fórmula puede presentar problemas prácticos y causar confusión entre los cuidadores3.

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?

1. Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
2. Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
3. Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
4. Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
5. Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
6. Conducir a la integración de la dieta familiar.
7. Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial y síndrome metabólico.

¿CUÁNDO INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA? EL MOMENTO

La norma general del momento de introducción de la alimentación complementaria va a depender de estos factores1,2,3,6:

- La OMS recomienda que el periodo de lactancia materna exclusiva sea de 6 meses.
- En España, en el año 2017, el Ministerio de Sanidad mediante la campaña "Gracias por esos mil primeros días" recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses del bebé. A partir de los 6 meses se mantiene la lactancia junto con otros alimentos complementarios5.
- La ESPGHAN en 20173 dice que la AC debe introducirse entre los 4 meses que equivale a 17 semanas o al comienzo del 5ºmes y los 6 meses que equivalen a 26 semanas o al comienzo del 7ºmes. También añade que la lactancia materna exclusiva se considera un objetivo deseable.
- La introducción de la AC debe hacerse cuando el lactante es capaz de mantenerse sentado con apoyo y mantiene la cabeza erguida. Coordina ojos, manos y boca para mirar el alimento, cogerlo y ponérselo en la boca. Puede tragar alimentos sólidos, es decir, no los empuja instintivamente hacia fuera con la lengua para evitar ahogarse (ha desaparecido el llamado «reflejo de extrusión»). Es decir, cuando el bebé pudiera sentarse en posición vertical y alimentarse con seguridad. Estos ítems de la escala de desarrollo pueden variar en cada lactante. Pero casi todos lo consiguen a los 6 meses.
- Al aconsejar la introducción de la AC, se debe valorar el ambiente socio-cultural, actitud de los padres y la relación madre-hijo.

Por tanto, la introducción de la alimentación complementaria va a ser una decisión individualizada, regulada por los factores que hemos comentado anteriormente.

La AC antes de los 4 meses tiene riesgo de enfermedades autoinmunes y alergia alimentaria. La introducción de AC antes de los 6 meses se relaciona con el desarrollo de obesidad.

No hay ningún efecto protector en retrasar la AC más allá de los 7 meses.

Para iniciar la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrimentos que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante3

El tipo y la forma de alimentación a lo largo de este periodo van a estar determinados fundamentalmente por el desarrollo y maduración del aparato digestivo, renal y del sistema nervioso central:

- La maduración fisiológica de la función renal y gastrointestinal necesaria para que un lactante metabolice alimentos no lácteos.
- Los cambios en el neurodesarrollo necesarios para una progresión segura y efectiva a una dieta diversificada.

Los datos disponibles sugieren que tanto la función renal como la función gastrointestinal son lo suficientemente maduras para metabolizar los nutrientes de la AC a la edad de 4 meses y que, en gran medida, la maduración gastrointestinal depende de los alimentos ingeridos.

Con respecto al neurodesarrollo, hay un rango en el cual los bebés adquieren las habilidades motoras necesarias para tomar de manera segura los alimentos sólidos. Las habilidades requeridas para que un bebé acepte y trague los alimentos triturados de una cuchara generalmente aparecen durante el período de los 4 a 6 meses. Los ítems del desarrollo neurológico requeridos rara vez se dan antes de los seis meses y es por ello que se fija el sexto mes de vida como el momento ideal para comenzar a ofrecer comida.

A partir de los 9 meses, la mayoría de los bebés son capaces de alimentarse solos, beben de una taza con ambas manos y comen alimentos familiares con algunas adaptaciones (cortados en trozos del tamaño de un bocado, aplastados, rallados o en grumos).

¿EL QUÉ? EL CONTENIDO

Un buen alimento complementario es rico en energía, proteínas y micronutrientes (hierro, zinc, selenio, calcio, vitamina A y folatos); no es picante, ni dulce, ni salado; el niño puede comerlo con facilidad; es fresco, poco voluminoso e inocuo; debe ser de su agrado; estar disponible a nivel local y ser asequible para la familia4.
La alimentación complementaria debe basarse en alimentos que consume la familia y que la familia elegirá según factores culturales y económicos.
La secuencia de introducción de alimentos no es crítica. No hay opciones buenas o malas, hay opciones diferentes.
Debemos hacer unas consideraciones:

- El hierro: Los requisitos de hierro son altos durante el período de AC y hay una necesidad de alimentos ricos en hierro: carnes, pescado, huevos, legumbres.
- Los cereales con gluten: se puede introducir en cualquier momento entre los 4 y 12 meses 7. En este momento la prevención primaria de la enfermedad celiaca no es posible8. Estudios observacionales señalan la asociación entre la cantidad de ingesta de gluten y el riesgo de enfermedad celiaca. Por eso se debe evitar el consumo de grandes cantidades de gluten durante las primeras semanas después de la introducción del gluten y durante la infancia. Sin embargo, no se han establecido las cantidades óptimas de gluten.
- Los alimentos alergénicos: huevo, pescado, frutos secos y semillas no deben retrasarse. Se toman junto a otros alimentos complementarios. Se pueden administrar alimentos alergénicos cuando se inicia la AC en cualquier momento después de los 4 meses3. No hay evidencia de que retrasar la introducción de alimentos alergénicos más allá de 4 meses reduzca el riesgo de alergia, ya sea para los bebés en la población general o para aquellos con antecedentes familiares de atopia9. Las investigaciones hablan sobre la hipótesis de que el desarrollo de la tolerancia inmune a un antígeno puede requerir una exposición repetida, tal vez durante una ventana temprana crítica, y tal vez modulada por otros factores dietéticos, incluida la lactancia.

¿QUÉ PASA CON LOS LÁCTEOS?

- La lactancia materna: debe acompañar la alimentación complementaria hasta al menos los dos años de edad y debe ser administrada a demanda. Durante este periodo sólo una parte de los requerimientos calóricos totales del niño son cubiertos por la alimentación complementaria4. Hasta el año de vida la leche materna es un alimento principal porque cubre casi la mitad de los requerimientos de energía del niño, además de otros nutrientes de elevada calidad.

Edad	0-2 meses	3-5 meses	6-8 meses	9-11 meses	12-24 meses
Requerimientos de energía (Kcal/d)	400-670	640-750	700-774	667-705	580-894
Aporte energético cubierto por leche materna o fórmula (Kcal/d)	400-670	640-750	463	398	326
Aporte energético cubierto por la alimentación complementaria (Kcal/d)	0	0	200	300	580

Requerimientos energéticos de los niños de 0 a 24 meses1,3,4.

- La leche de fórmula: se debe alentar a seguir amamantando. Si no ha sido posible la alimentación con lactancia materna la leche de fórmula debe acompañar a la AC y ofrecerse en las mismas condiciones. No es necesario tomar leche de fórmula para diluir las harinas de cereales. Una ingesta proteica elevada, especialmente de origen animal y en los 2 primeros años de vida, se asocia a un riesgo aumentado de padecer obesidad más tarde. Por eso es mejor seguir usando leche de inicio. Las leches de continuación disponibles en el mercado están diseñadas con una carga más elevada de proteínas.

	Leche materna	Leche de inicio*	Leche de continuación*
Gramos de proteínas en 100 ml de leche	0.9-1.1	1.08-2.1	1.08-2.45

*** Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación.**

- El yogur: El yogur es un derivado lácteo fermentado que contiene poca lactosa, pero supone una excelente fuente de proteínas, calcio y vitaminas. Alrededor de los 9-10 meses, se pueden dar yogures naturales de leche de vaca entera3. Como aconseja AECOSAN debemos leer con detenimiento el etiquetado de los productos que se publicitan como yogures preparados con leche adaptada antes de aconsejar su utilización por las familias.
- Queso fresco y requesón: también alrededor de os 9-10 meses.

¿QUÉ NO DEBE ESTAR EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?

1. El azúcar y la sal: No debe agregarse azúcar ni sal a la AC. Se deben evitar los jugos de fruta y las bebidas azucaradas3. El consumo de azúcar es el principal factor de riesgo dietético para la formación de caries dental. La mayoría de las harinas de cereales comercializadas en España tienen en su composición hasta el 20% de azúcar. La mayor parte de los preparados de cereales para lactantes están elaborados con cereales dextrinados en los que las cadenas de hidratos de carbono complejos se hidrolizan parcialmente dando lugar a que de un 10 a un 25% de ellos estén en su forma simple que es la glucosa.
2. La leche de vaca: no debe ser utilizada antes de los 12 meses de vida. Carece de un adecuado aporte de hierro y proporciona proteínas, grasa, y calorías en exceso.
3. La miel: La miel de abeja puede contener esporas de Clostridium botulinum, lo cual, sumado al déficit de ácido gástrico del lactante, facilitaría el desarrollo de botulismo. La miel no debe introducirse antes de los 12 meses de edad.
4. Los alimentos con los que se pueda atragantar: Las nueces, cacahuetes, las palomitas de maíz, uvas, almendras, trozos de fruta, aceitunas, polvorones, entre otros, son alimentos peligrosos para los niños por debajo de los cuatro años de edad, debido a que el tamaño de estos condiciona riesgo de broncoaspiración y la probabilidad de que sean introducidos en las fosas nasales u oídos por curiosidad.3 Sin embargo, este tipo de alimentos pueden darse molidos o machacados y mezclarse con el resto de la dieta.
5. Espinacas, acelgas y borraja: En algunos países europeos se ha advertido del riesgo de metahemoglobinemia causada por la ingesta de ciertas verduras que contienen elevadas cantidades de nitratos. Se estima un riesgo bajo porque no son utilizadas con regularidad y en cantidades importantes en la dieta diaria del lactante pequeño. Deben evitarse en los niños menores de un año10.
6. Consumo de pescado contaminado con mercurio: se recomienda evitar el consumo de las especies más contaminadas con mercurio: pez espada, tiburón, atún rojo y lucio11.

¿EL CÓMO? EL MÉTODO

Aquí hay que hacer varias consideraciones:

1. Manejo no alimentario del comportamiento infantil: se debe evitar alimentar al niño para brindar consuelo o como recompensa3.

2. Las interacciones padres-hijos y el escenario: Los padres desempeñan un papel importante durante el proceso de la AC, tomando decisiones sobre el momento y el contenido de la dieta, y también la forma en que se alimenta al bebé, estableciendo reglas y expectativas, y proporcionando un modelo a seguir. Además del tiempo y el contenido, es probable que la forma en que se le dan alimentos al bebé y la interacción entre padres e hijos pueda influir en los resultados, como las preferencias alimentarias y dietéticas, y la regulación del apetito3. Alimentarse no es solo nutrirse bien o tomar buenos alimentos sino también disfrutar de la comida en compañía de los demás. Las prisas no son buenas consejeras. Hay que buscar un momento sosegado. Es bueno crear un ambiente tranquilo y relajado donde el cuidador y el bebé puedan interactuar y disfrutar de ese momento especial.
3. Dieta apropiada: Es importante, tanto por razones de desarrollo como nutricionales, darles alimentos apropiados para su edad con la consistencia correcta y por un método apropiado para la edad y el desarrollo del bebé. Hay algunas pruebas que sugieren que puede haber una ventana crítica para la introducción de alimentos sólidos grumosos, y que la falta de introducción de estos alimentos en aproximadamente 9 a 10 meses de edad se asocia con un mayor riesgo de dificultades de alimentación y un consumo reducido más adelante de grupos de alimentos importantes como frutas y verduras12 Los alimentos deben tener una textura y consistencia apropiadas para la etapa de desarrollo del bebé. Hay que asegura la progresión oportuna a los alimentos con los dedos y la autoalimentación. Se desaconseja el uso prolongado de alimentos en puré y los bebés deben comer alimentos con grumos de 8 a 10 meses a más tardar3.
4. Dieta variada y diversificada: Los bebés tienen unas preferencias innatas por ciertos sabores. Pero los padres y cuidadores pueden modificar las preferencias innatas del bebé. Se pueden desarrollar preferencias para alimentos saludables con la exposición temprana repetida de alimentos variados en la dieta. Puede ser que un bebé necesite recibir un nuevo sabor de 8 a 10 veces antes de aceptarlo. Se debe alentar a los padres a persistir en ofrecerles un alimento nuevo incluso si la expresión facial del bebé sugiere no le gusta13. Se incrementará gradualmente la variedad de texturas, sabores, aromas y apariencia, siempre manteniendo la lactancia materna (o leche de fórmula) a demanda.
5. Promover la autonomía del niño y reconocer las demandas de autonomía en la alimentación: De los 6 a los 9 meses come la papilla que le da el adulto aunque se mancha mucho y puede coger la cuchara pero puede que no sepa llevársela a la boca. De los 9 a los 12 meses se lleva la cuchara a la boca y puede sujetar una taza con asa.
6. La alimentación en biberón: En el biberón sólo se ha de poner leche o agua. No se debe poner harinas de cereales en el biberón por la alta cantidad de azúcares añadidos aparentemente ocultos. Tampoco se debe poner zumos de frutas en el biberón. Así se consigue reducir la alta exposición a azúcares y el riesgo de caries. A los 12 meses, los bebés deben beber principalmente de una taza con una o dos asas en lugar de en biberón3.
7. Elegir alimentos caseros: Los alimentos caseros bien preparados pueden ofrecer la oportunidad de una mayor variedad de sabores y texturas culturalmente apropiadas.
8. Evitar el atragantamiento: Los cuidadores deben recibir asesoramiento sobre los riesgos de atragantarse. El riesgo de atragantamiento es igual entre los bebés alimentados con cuchara y los alimentados con el enfoque BLW. Los padres deberían saber que es mejor no exponer al bebé, incluso hasta los tres años, a aquellos alimentos que podrían hacer que se ahogase14.

9. Preparación segura de los alimentos: También son necesarios los consejos sobre la preparación y el almacenamiento seguro de alimentos complementarios para evitar la contaminación y la proliferación de patógenos.

¿EL CUÁNTO? LA CANTIDAD

Ya sabemos lo que hay que poner en el plato. ¿Y la cantidad? La cantidad la dice el niño porque debemos alentar a los padres a responder a las señales de hambre y saciedad de su hijo3. El apetito del niño es el que tiene que dictaminar lo que tiene que comer. El apetito es errático e impredecible
El consumo excesivo de alimentos complementarios de alta densidad energética puede inducir un aumento de peso excesivo en la infancia, que a su vez se ha asociado con un riesgo de obesidad de 2 a 3 veces mayor en la edad escolar y la niñez15.

BABY-LED WEANING

El Baby-led weaning (BLW) 16, es un término anglosajón que se traduce como "alimentación complementaria dirigida por el bebé"o también "alimentación complementaria autorregulada".
El BLW es una nueva tendencia de alimentación complementaria. Esta práctica ha venido cobrando interés en los últimos años y se le ha dado difusión en foros en las redes sociales.
Se basa en dejar que el niño tome los alimentos y decida llevárselos a la boca cuando esté preparado para ello.
El BLW es una forma de alimentación en la que el propio lactante, a partir de los 6 meses de vida y en función de su desarrollo neurológico, se lleva a la boca alimentos enteros, adaptados al bebé, utilizando sus manos, en lugar de recibirlos triturados y con cuchara. Al niño se le deja comer por sí solo teniendo un papel activo en decidir qué, cuánto y a qué ritmo comer.
El BLW no puede ser puesto en práctica antes de los 6 meses ya que precisa que el lactante pueda mantenerse sentado sin ayuda, agarre los alimentos con la mano y se los lleve a la boca y realice los movimientos orales necesarios para su troceado e ingestión.
Entre de las ventajas descritas de esta forma de alimentación se mencionan que favorece la autonomía del niño, le permite participar de la comida familiar, estimula la masticación y disminuye el riesgo de sobrealimentación y de obesidad, ya que los bebés autorregulan las cantidades que ingieren17. Parece ser un fuerte predictor del destete a la edad recomendada.
Existen estudios que ponen de manifiesto su seguridad y beneficios 18, 19, 20.
Es una técnica segura con las medidas para minimizar el riesgo de sofocación17. Siempre bajo la vigilancia y el control de un adulto y con el adiestramiento de qué alimentos no deben ser ofertados21. Como se hace con las familias que optan en la alimentación complementaria tradicional.
El BLW con consejos a los padres para minimizar el riesgo de sofocación no parece incrementar los episodios de atragantamiento en comparación con la alimentación de forma tradicional con cuchara22.

DIETAS VEGETARIANAS EN EL LACTANTE

La dieta vegetariana está siendo adoptada por un porcentaje creciente de población.
Las dietas vegetarianas apropiadamente planificadas son sanas y nutricionalmente adecuadas
Una dieta completamente vegetal puede aportar todos los requerimientos de vitaminas y minerales, con la excepción de la vitamina B12. Esta es la única sustancia que no se encuentra de manera natural y consistente en ningún alimento de origen vegetal.
El único suplemento imprescindible para todos los veganos es la vitamina B12 en forma de cianocobalamina aportada en forma oral23.

RECURSOS PARA LAS FAMILIAS

- **Familia y Salud**: página web para las familias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria http://www.familiaysalud.es/
- **En Familia**: página web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria http://enfamilia.aeped.es/bienvenido-enfamilia
- **First Steps Nutrition Trust**: página web de una organización independiente del Reino Unido sobre nutrición infantil. Trabajan junto con UNICEF y otras organizaciones del Reino Unido que defienden la lactancia materna y la alimentación saludable y respetuosa con el planeta. Tiene mucha infografía de calidad http://www.firststepsnutrition.org/

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Complementary Feeding: Report of the Global Consultation and Summary of Guiding Principles. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
2. American Academy of Pediatitrics. Committee on Nutrition. Complementary Feeding. En Kleinman RE, Greer FR (eds). Pediatric Nutrition. 7th edition. Elk Grove Village. 2014, p. 23-139.
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN. 2017; 64: 119-132.
4. OPS/OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS 2010.
5. AECOSAN. Gracias por esos mil primeros días. Consultado el 10 de diciembre de 2017. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/campanyas/aecosan_campanya_12.htm
6. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding for infants. EFSA Journal. 2009; 7: 1423.
7. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, et al. Introducción de gluten y el riesgo de la enfermedad celíaca: un documento de posición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016; 62: 507-513.
8. Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, et al. Introducción de gluten, estado HLA y riesgo de enfermedad celíaca en niños. NEJM 2014; 371: 1295-1303.
9. Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al EAACI Grupo de Guías para la Alergia a los Alimentos y la Anafilaxia. EAACI alergia a los alimentos y las pautas de anafilaxia. Prevención primaria de la alergia a los alimentos. Allergy 2014; 69: 590-601.
10. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones de consumo por la presencia de nitratos en hortalizas. Consultado 10 de diciembre de 2017. Disponible en http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/nitratos_hortalizas.htm
11. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones de consumo de pescado (Pez Espada, Tiburón, Atún Rojo y Lucio) debido a la presencia de mercurio. Consultado 10 de diciembre de 2017. Disponible en http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/mercurio_pescado.htm
12. Coulthard H, Harris G, Emmett P. La introducción tardía de alimentos grumosos a los niños durante el período de alimentación complementaria afecta la aceptación y alimentación de los alimentos del niño a los 7 años de edad. Mat Child Nutr2009; 5: 75-85.
13. Remy E, Issanchou S, Chabanet C, et al. La exposición repetida de los lactantes a la alimentación complementaria de un puré de verdura aumenta la aceptación tan eficazmente como el sabor-sabor y más eficazmente que el sabor-aprendizaje de nutrientes. J Nutr 2013; 143: 1194-1200.
14. Díaz Cirujano AI, Molina Arias M. La alimentación complementaria a demanda con soporte parental educativo no incrementa el riesgo de sofocación. Evid Pediatr 2017; 13: 19.
15. Monteiro PO, Victora CG. Rápido crecimiento en la infancia y la infancia y la obesidad en la vida posterior: una revisión sistemática. Obes Rev 2005; 6: 143-154.
16. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. Nutrients. 2012; 4: 1575-609.
17. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé ("baby- ledweaning"). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? Acta Pediatr Esp. 2013; 71: 99-103. 51.
18. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of attitudes to and experiences with baby-led weaning: a content analysis study. BMJ Open. 2012; 2: e001542.
19. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al. How differentet are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. BMJ Open. 2016; 6: e010665.
20. Velasco Manrique MV. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. Medicina Naturista. 2014; 8:64-72.
21. Leis Trabazo R. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? Evid Pediatr. 2017; 13: 27
22. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Williams LWE, Morison BJ, Fleming EA, et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. Pediatrics. 2016;138 (4).
23. Martínez Biarge M. Niños vegetarianos, ¿niños sanos? En: AEPap (ed). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones3.0; 2017. P. 253-68.

Actualización en Gestión de la Consulta

Microgestión en la consulta del Pediatra de Atención Primaria

Rafael Jiménez Alés
Pediatra AP
Consultorio La Roda de Andalucía. Área Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.
alesmismo@gmail.com

Francisco Javier Navarro Quesada
Pediatra AP
UGC Lucano. Distrito Córdoba.
fnavarroquesada@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Jiménez Alés, Rafael; Navarro Quesada Francisco Javier
Actualización en Gestión de la Consulta
Microgestión en la consulta del Pediatra de Atención Primaria
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P 62-71

"El resumen más triste de una vida contiene tres descripciones: 'podía haber', 'pudo haber', y 'debería haber'".

Louis E. Boone (1941-2005), autor académico estadounidense.

Las condiciones en las que los Pediatras de Atención Primaria (PAP) trabajan han cambiado durante los últimos años, fundamentalmente, por problemas no clínicos que deben enfrentar en su práctica clínica.

La utilización desorganizada de los servicios sanitarios, la pediatra-dependencia, la burocracia, las relaciones disarmónicas o inexistentes con compañeros, otros niveles asistenciales, con otros organismos, con nuestros superiores, se están convirtiendo en uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos. Esta situación repercute en la calidad asistencial que damos a nuestros pacientes. Invertir tiempo en atender estos problemas, hace que carezcamos de él para afrontar nuestra labor diaria.

Esta situación se agrava cuando el profesional carece de habilidades de comunicación y emocionales, y cae en la frustración llevado por las falacias de control por exceso y por defecto. Esta frustración puede llevarle a una situación de indefensión aprendida ante esas circunstancias, que son vividas como un castigo aleatorio ante el que no pueden hacer nada.

El taller tiene por objeto la toma de conciencia de que, todos estos problemas anteriormente mencionados, pueden ser resueltos o paliados desde la **microgestión (MG)**. Para ello es necesario aprender a mantener una comunicación asertiva y a manejar sus emociones, lo que le permitirá usar a su criterio la multitud de herramientas que brinda la MG tendentes a que cada persona relacionada con la atención al paciente, asuma sus funciones.

Dos máximas describen esta actitud: *"Hazlo tú mismo, pues nadie lo hará por tí " y "Que cada palo aguante su vela".*

INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

■ La labor asistencial del PAP. Competencias.

El PAP como parte fundamental de la Atención Primaria Pública, tiene entre sus funciones la prevención y promoción de la salud, además de una atención a toda la patología biopsicosocial que afecta a la infancia y cuyas características han ido cambiando con el tiempo. Para dar respuesta a estas necesidades en un entorno de recursos finitos, debemos priorizar el destino de los mismos, siendo el tiempo disponible uno de ellos, sin olvidar, que dentro de la jornada laboral el PAP debe formarse, formar e investigar. Esto, al menos, es la teoría: una visión integral de la salud llevada a cabo por un auténtico Pediatra de Familia convertido en el referente de la atención a la infancia en la comunidad[1,2]. Sin embargo en los últimos años estamos asistiendo a un desmoronamiento progresivo de la Pediatría de Atención Primaria, mucho más evidente en determinadas zonas, en las que las coberturas son deficitarias o no se cuenta con el apoyo de una enfermería formada en la atención y cuidados de la infancia.

La politización de la salud nos ha conducido a una situación delicada, en la que se oferta a la población una serie de recursos aparentemente inagotables como si de una barra libre se tratase. Esto lleva a ofertar más a quien más demanda, independientemente de que sea quien más lo necesita, generando grandes desigualdades en la atención según las zonas como se viene señalando desde hace ya bastante tiempo[3,4] .

Por otra parte la mal vendida, entendida y asumida, gratuidad del Sistema Sanitario Público, lleva a demandar a éste lo que, en caso de conllevar algún coste, no se demandaría, por banal, superfluo, innecesario o resoluble por otros medios.

Por último, el pediatra no ha sabido o no le han dejado hacerse un hueco en la atención primaria. Simplemente es ha convertido en un "quita-niños", al que se le echa de menos cuando no está pero al que en todos los foros se le considera "prescindible". Es el recurso menos importante del centro de salud, la opinión menos tenida en cuenta a la hora de planificar la atención a la comunidad y al que, en situación de escasez, se le niegan primero los recursos.

A pesar de lo anterior, la pediatría sigue siendo una de las profesiones más demandadas en la actualidad y, al tiempo, la desmotivación, las escasas expectativas de proyección profesional y el estrés laboral al que se someten en consultas masificadas, han llevado a que el Pediatra evite el trabajo en la Atención Primaria, buscando salidas en hospitales, en la asistencia privada, cuando no en el extranjero. Mucho se ha escrito sobre el modelo de Atención a la Infancia en los últimos años y muchas dudas han surgido sobre la viabilidad o no de esta estructura asistencial que se mantiene de momento[3,4,5]

Ante esta situación, que parece inamovible, existe una manera de sobrevivir: cultivar la *microgestión* en la consulta de cada profesional, haciendo *de puertas hacia adentro, una isla protegida de las malas influencias* que pueden venir de la propia administración, de los jefes, de otras entidades, de los compañeros del centro o de los colegas de otros niveles asistenciales, sin perder la perspectiva de que trabajamos, ante todo, para mejorar la salud infantil, en el contexto de un sistema sanitario público.

■ La indefensión aprendida.

La indefensión aprendida es el estado de pasividad, ansiedad y depresión que aparece cuando una persona piensa que no puede controlar su entorno, que está a merced de los acontecimientos o que sus acciones no producen los efectos esperados. La situación le zarandea sin que pueda hacer nada para estabilizarla. Recibe castigos de forma injustificada y aleatoria, se encuentra sometida a demandas contradictorias, a situaciones de doble vínculo que provocan impulsos de acercamiento y evitación. Como consecuencia, se instala en una creencia básica y aniquiladora –"nada de lo que yo haga importa"– que produce pasividad, enlentecimiento de las reacciones, tristeza, carencia de deseos, incapacidad de indignarse, resignación. El sujeto inhibe

la acción, retrasa la iniciación de respuestas voluntarias (déficit motivacional), le resulta difícil aprender que una respuesta controla una consecuencia (déficit cognitivo) y experimenta ansiedad o angustia. Esta situación conduce a una inactividad aprendida[6]. Citando a Mona Flanders, un personaje de la serie "Los Simpson": "No hemos hecho nada y no sabemos ya que hacer".

- Concepto de microgestión.

La MG es el conjunto de actuaciones, a realizar por el profesional, encaminadas a gestionar la propia consulta y que debería, en su mayoría, llevar a cabo la empresa. Estas actuaciones atienden la normativa legal vigente y buscan rentabilizar el tiempo disponible, haciendo que cada profesional asuma su labor sin interferencias de otros profesionales de la empresa o ajenos a la misma. Se ocupa de esas "pequeñas cosas" de las que la macrogestión se olvida, pero que son imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema.

La MG entraña una actitud proactiva. Esto es, llevar a cabo una iniciativa responsable que fundamentalmente prevenga y, cuando no sea posible, resuelva o palie los problemas del día a día con los que otros nos sobrecargan. En otras ocasiones son los propios profesionales de la pediatría quienes con su actitudes se sobrecargan al inducir una pediatra-dependencia[7], tanto de la familia, como de otros profesionales del ámbito de la sanidad o ajenos a ella, que va a contribuir a la masificación de la consulta.

La MG requiere del empleo de una comunicación asertiva, con la que se pueda decir "si" cuando es necesario, tanto como decir "no" cuando el caso lo requiere, sin plegarse pasivamente a las demandas que se nos plantean cuando estas son perjudiciales para nuestros pacientes o simplemente nos hacen perder tiempo sin buscar el beneficio para él.

De igual modo, es necesario adquirir habilidades emocionales que permitan deshacerse de la falacia de control[8] por exceso como por defecto. La primera, suele elevar el cociente de frustración[9] del usuario cuando no respondemos a las expectativas que ante ellos asumimos. La segunda, eleva el cociente de frustración del profesional, ya que espera sin éxito que alguien arregle el sistema sin tener que implicarse en el cambio.

La MG, por tanto, no es un intento de consensuar actuaciones, ni pretende ser una revolución general. No es algo que pueda imponerse ni una solución universal. No busca solucionar los problemas de la empresa, ni tan siquiera los de un centro. No busca efectos sinérgicos, aunque los tiene, y muy potentes. (Gráfica 1).

Lo que sí busca, es elevar la autoestima del profesional, haciéndose valer dentro y fuera de la empresa, ayudándole a mejorar su desempeño profesional y las condiciones laborales propias, a rentabilizar el tiempo y, en definitiva, a responsabilizar a cada cual de sus funciones: las propias, las de las familias, las de los profesionales de la propia empresa y de otras. Pensamos que todo ello contribuirá al control de la demanda, previniendo o paliando la situación de masificación y evitará caer en el síndrome del médico quemado.

Muchas Sociedades Científicas, han hecho propuestas sobre cuales serían los mínimos que debería cumplir una consulta de calidad en Atención Primaria[10] . Estos documentos hacen referencia, por ejemplo, a cuales deberían ser los cupos máximos en pediatría. La MG pone encima de la mesa estas propuestas, pero va mas allá: esta bien saber que el cupo máximo en pediatría debiera ser de 1000, pero, si tenemos 1340 ¿Qué hacer para que desdoblen el cupo? ¿Como gestionarlo si a pesar de todo no se desdobla? La MG propone pasar de la teoría escrita a la práctica cotidiana y dota de armas de todo tipo al profesional[11,12,13,14], una vez que nazca en él la idea de *"si no lo hago yo, nadie lo hará por mí"*.

Adoptamos una cartera de servicios que, más que impuesta por la administración sanitaria, es heredada del anterior profesional o, en el peor de los casos, diseñada por los propios usuarios en conjunción con otras administraciones, entidades privadas y el resto de compañeros. Y esto lo hacemos, a pesar de reconocer que esta cartera es absurda, y que dejamos de lado la que deberíamos llevar a cabo. (Tabla I)

El principal enemigo para el cambio somos nosotros mismos. Nos hemos acomodado o hemos caído en esa indefensión aprendida, y no hacemos nada eficaz para cambiar la situación, esperando que compañeros, sindicatos o asociaciones científicas resuelvan la papeleta, o bien sumiéndonos en la desesperanza y frustración que lleva al síndrome del médico quemado.

Existen iniciativas y esfuerzos por parte de Asociaciones Pediátricas, para dotar de armas a los PAP, muchas de ellas nacidas de iniciativas individuales de microgestión: un procedimiento operativo estandarizado sobre "Citación en consultas de pediatría de atención primaria", elaborado por los autores de este trabajo y disponible en: https://goo.gl/Tos3hV, o el reciente documento elaborado por el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP) bajo el patronazgo de la Sociedad Valenciana de Pediatría, de la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AValPap) y la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Primaria de Alicante[15]. Pero ninguno de estos documentos resultará de utilidad por si sólo. Si el profesional no tiene las cualidades de comunicación y emocionales para asumirlos como propios y aplicarlos es probable que todo cambie para seguir haciendo lo mismo.

■ Problemas que aborda la microgestión.

La microgestión aborda todos los problemas que impiden el buen funcionamiento de la consulta y llevan a una hiperdemanda. Cualquiera que nos reste tiempo para llevar a cabo las actividades de prevención y promoción de la salud y la atención a los problemas de salud de nuestros pacientes, así como formarnos, formar e investigar. Para ello usará una serie de herramientas que se expondrán a lo largo del taller. Algunos de los problemas a abordar son:

La Pediatra-dependencia[7] autoinducida .-

Generalmente, como cualquier trabajador, el pediatra se queja constantemente de la gran demanda que debe afrontar todos los días y sobre todo se queja de un tipo de demanda: la demanda que consideramos inmotivada, bien porque podría solucionarla otro profesional en cuya área de competencias está incluida ese tipo demanda, bien porque se trata de algo completamente banal que no sería motivo de consulta en un sistema en el que el mal uso estuviese penalizado, bien porque ha llegado a nosotros en el día y el momento menos adecuado. Pero gran parte de esta demanda es autoinducida. En ocasiones derivada de una inseguridad científico-técnica que lleva a citar una y otra vez al paciente para asegurar que "todo va bien" y en ocasiones derivada de un paternalismo que hace que se asuma un papel que debiera tener la familia: la observación de la evolución normal de un proceso agudo. En esta situación la familia cede al pediatra, que lo asume, el papel de interpretar las toses, el color de los mocos o las cacas, así como la decisión de si ante un proceso banal, el paciente faltará al colegio, durante cuanto tiempo y cuando será el momento exacto de la reincorporación.

Esta es una forma de la **falacia de control por exceso[8],** que podría definirse como la creencia de que cae bajo nuestra responsabilidad determinadas actuaciones de las que en absoluto lo somos, y abarca lo descrito para con la familia, como para con otros organismos o profesionales (realizar técnicas de enfermería, asumir controles de enfermería, llevar a cabo labores de control del absentismo escolar, intervenir en las disputas en casos de padres divorciados, llamar por teléfono al hospital para conseguir una cita…), en muchas ocasiones pasando de la excepcionalidad que pudiera requerirse en alguna ocasión, a la cotidianeidad que hace perder un tiempo precioso.

El principal instrumento para abordar este problema es la formación científico técnica que debe acompañarse de habilidades emocionales que nos liberen de ese sentimiento paternalista que nos lleva a anular la responsabilidad de los padres y una comunicación asertiva[16,17] que indique claramente a la familia que debe observar, que medidas ha de tomar, tanto clínicas como administrativas, y en que casos debe volver a consultar.

La **demanda inducida por las unidades administrativas.**

En relación a este tema, el sentimiento que suele cundir entre los pediatras es la "desesperanza" cuando no la "desesperación", que raya en la indefensión aprendida. No hay nada que hacer. No somos sus jefes y no podemos decirles como nos gustaría que hiciesen las cosas.

Si bien es cierto que no podemos decirles como deben ser las cosas, si que podemos indicarles como nos gustaría que fuesen. Dicho de otra forma, nos dejamos llevar por la **falacia de control por defecto**[8], que puede definirse como la creencia de que hay cosas que están en absoluto fuera de nuestro control y que por tanto, no podemos hacer nada por cambiar. Sin embargo, hay muchas cosas que podemos cambiar: la actitud en estas unidades, el nivel de educación para la salud en nuestro propio cupo, la pasividad de los padres ante el mal funcionamiento del sistema o ante las actitudes de los "abusuarios[1]".

En relación a las unidades administrativas podemos indicarles una serie de consejos tendentes, tanto a evitarles problemas a ellos, como a organizar de forma adecuada la entrada a nuestra consulta. El principal problema en este punto es el uso inadecuado de la palabra urgencia, no ya por los usuarios, sino por administrativos o celadores.

Comenzar a atender a un usuario que viene a solicitar una cita, indicándole que "no hay… pero si es urgente…", es la mejor forma de desorganizar la sala de espera. Por el contrario, si a todo el que de entrada pide cita, se le oferta la primera cita disponible sin comentarios acerca de lo cercana o lejana que queda, muchos aceptarán esa cita y sólo algunos dirán que quieren ser vistos ya. Para este tipo de usuarios, mejor que emplear la palabra urgente, es emplear las palabras "sin cita", pues es la situación real que deberán abordar en la sala de espera, evitando en todo momento crearles falsas expectativas de que serán atendidos por delante de personas que aguardan a ser vistos *desde el momento en que solicitaron cita* (es decir, todos los citados, incluso el último citado del día, esperan desde antes del "sin cita"). Estas mal inducidas falsas expectativas dan lugar a elevados **cocientes de frustración**[9], que son el germen de la agresividad que muchas de esta familias muestran hacia el resto de usuarios y hacia el propio profesional.

Este término, ha sido usado sobre todo en economía para expresar el cociente entre una serie de operaciones comerciales posibles y las finalmente conseguidas. Ha sido también llamado coeficiente de frustración. Su aplicación al campo de la conducta es obvio: el cociente de frustración sería el cociente de las expectativas y los logros. También este cociente hay que aplicarlo a nuestros usuarios y a nosotros mismos: cuanto más esperemos y menos obtengamos, nuestro cociente tenderá a subir, y por tanto, nuestra frustración y nuestro estrés. Otro tanto le ocurre a nuestros pacientes, cuando esperan de nosotros soluciones que no les proporcionamos, bien por no ser de nuestra competencia, bien por no disponer de los medios adecuados.

La **demanda inducida por otras administraciones.**

Referida fundamentalmente a la emisión de diversos papeloides, injustificables y certificoides. Intentemos definir términos tan "ocurrentes":

El *papeloide* es un tipo de documento que se puede expedir en cualquier tipo de papel, aunque generalmente se realiza en un "P10" en el que se dan indicaciones innecesarias a una

[1] NOTA DEL AUTOR: El abusuario es un usuario que emplea el sistema a modo de barra libre y que, al hacerlo, impide o dificulta el acceso de otros usuarios. Ocupa citas a las que falta, emplea la vía de urgencias ante situaciones que sabe son banales, no guarda turnos, etc.

persona que no tiene la obligación de cumplirlas. Por ejemplo, podría ser una nota para el profesor de educación física ante un paciente que acude a clase con una pierna enyesada. No parece necesaria la intervención del pediatra para que el profesor pueda indicar a un alumno que se marea que se siente o permitir que alguien que tiene disnea, use su inhalador, o el que tiene una urgencia fisiológica vaya al cuarto de baño. También son papeloides aquellos en los que supuestamente se nos hace asumir una responsabilidad que obviamente es de otro: un papel mediante el cual asumamos la responsabilidad de lo que ocurra en una excursión, etc.

El *injustificable* es un documento que no puede sustentarse en normativa alguna y que generalmente es solicitado para eludir responsabilidades, bien de padres, bien de otros organismos. Por citar un ejemplo, injustificable es el documento de falta al colegio, ya que la justificación compete a los padres y el control del absentismo al tutor.

El término *certificoide* se emplea para describir un documento expedido para certificar algo incertificable: la salud o la ausencia de enfermedad infectocontagiosa son los más solicitados. Su emisión requiere de grandes dosis de inventiva y arrojo por parte del profesional y puede conllevar una responsabilidad legal cuando se certifica algo sobre lo que no se tiene certeza.

3.- La **demanda inducida por compañeros del centro, otros niveles asistenciales y los jefes.**

En este apartado queremos resaltar la importancia que tiene, para la gestión de la demanda, el hacer notar, al resto de actores del Sistema Sanitario Público, que no somos peones que explotar o sacrificar, ni amanuenses o secretarios de otros profesionales.

No debemos dejarnos llevar por los malos hábitos heredados del profesional que nos antecedió en el cupo, ni del profesional que nos sustituya puntualmente, ni de los de otros colegas del centro. El resto del universo puede hacer las recetas de los demás, toda suerte de certificoides, injustificables y papeloides, puede perder media mañana al teléfono pidiendo favores, pero nosotros debemos atender a nuestros pacientes, formarlos, empoderarlos y hacer que cada uno asuma su responsabilidad, a fin de poder asumir, sin flaquear, la propia.

También debemos dejar claro a otros niveles que somos nosotros el principal actor y responsable de la atención a nuestros pacientes. Somos nosotros los que trabajamos en el nivel "primario" de la atención y son ellos los que, a nuestra petición, intervendrán desde los niveles secundarios o terciarios. Si por ser puenteados de alguna forma, nuestros pacientes son atendidos en primer lugar en el nivel secundario o terciario, hay que dejar claro que eso no altera los principios de la atención.

Por último, está la masificación ocasionada por los jefes. Sólo un comentario: es una forma de acoso laboral[18] el obligar al trabajador a realizar su trabajo sin proporcionarle los medios necesarios. Será el juez quien interprete si, por ejemplo, es un delito de acoso laboral el obligar a un empleado a sacar carbón de la mina sin pico, pala o martillo neumático, a pescar sin red o a atender a un paciente sin tiempo, especialmente si se nos reprende en público o se pone en duda nuestra profesionalidad. Tal vez sea difícil explicar porqué se citan a 4 personas a la misma hora para ser vistas en 5 minutos en ausencia de una situación catastrófica.

- Metodología

Seguiremos un guión que aborde los problemas a los que nos hemos de enfrentar, siguiendo un análisis DAFO:

El primer problema es atender a nuestras propias **fortalezas y debilidades**, haciendo un *autoanálisis*. Conociendo las propias debilidades y fortalezas, podremos emprender acciones para atenuar las primeras y potenciar las segundas. En algunas consultas el principal problema no viene del exterior, sino del "estilo" personal con el que se afronta la consulta, máxime cuando no somos conscientes de que es ese estilo lo que nos genera problemas y no que el resto del mundo esté confabulado contra nosotros.

Un aspecto que hay que potenciar sin duda es la *inteligencia emocional*. Separar lo profesional de lo personal es fundamental para llevar a cabo la microgestión. Tratar a los usuarios como a nuestros hijos o a sus familias como a nuestras familias nos hace perder la objetividad necesaria para una buena atención. Al fin y al cabo todos los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular asumimos de entrada que es muy mala idea ser el pediatra de tus hijos o el médico de tu familia.

Otro aspecto a cultivar es el de la *asertividad*[16,17]. Ser asertivo se encuentra justo en medio de ser pasivo y ser agresivo a la hora de resolver una situación conflictiva en la consulta. Si eres pasivo, nunca podrás expresar tus necesidades y te plegarás a cualquier petición por injustificada o irracional que sea, venga de un usuario, venga de un "compañero", venga de otra administración o venga de tus jefes (generalmente de forma verbal). Esta forma de ser nos sitúa de entrada en el cuadrante pierdo/ganas, aunque a la larga y por la masificación y mala gestión de la consulta, nos habremos situado en el cuadrante pierdo/pierdes, arrastrando con nosotros a nuestro cupo. Por otro lado, si eres agresivo, te verás y te verán como un "matón" y, probablemente, dirigirás tus frustraciones de la manera equivocada. Te opondrás a todo y a todos, situándote probablemente en el cuadrante pierdo/pierdes, aunque inicialmente creas situarte en el gano/pierdes. Sin embargo, si eres asertivo, podrás expresar tus deseos y al mismo tiempo respetar las necesidades de los demás, lo que te dará una mejor oportunidad de obtener lo que quieres y mereces, al tiempo que los demás obtienen también beneficios una vez se reoriente la forma adecuada de obtenerlos o se haga tomar consciencia de que lo que se pretende es contraproducente. Te habrás situado en el cuadrante gano/ganas.

Una vez tomada consciencia de "que tipo de profesional somos", de nuestras fortalezas y debilidades, habrá llegado el momento de afrontar los problemas más habituales en la consulta, adecuando las herramientas ofertadas a nuestras propias habilidades para usarlas.

Realizado este primer análisis, llega el momento de valorar las oportunidades y amenazas que vienen del exterior, completando el análisis DAFO.

Algunas amenazas pueden venir desde la propia condición de los usuarios, como hiperdemandantes o hiperfrecuentadores. En otras ocasiones esa amenaza viene de compañeros, jefes u otras administraciones en forma de consultas innecesariamente inducidas o expectativas irreales inducidas. Las principales oportunidades vienen a través de la adecuada gestión de *reclamaciones*, tanto de las que se dirigen contra nosotros, y para las que debemos elaborar un informe en el que situemos las expectativas irreales que la motivaron y las soluciones factibles a poner en práctica, como de las que van en contra de la administración y que no son sino una forma de que el usuario ponga de manifiesto que funciona mal en el sistema y cuales son las expectativas, basadas en sus derechos reales y reconocidos legalmente, a las que los gestores deben dar respuesta.

CONCLUSIONES

"No hay nada mas espantoso que la ignorancia activa".
Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832); poeta y dramaturgo alemán.

La situación actual refleja la existencia de una macroorganización que no se detiene en los detalles que hacen funcionar al sistema: el perfil de los profesionales que atienden a un determinado paciente, los medios materiales con los que cuenta, la formación que reciben, ni los engranajes mediante los que funcionan. La administración sólo entiende de datos de macrogestión y sólo aborda los problemas que repercuten en estos datos. Cualquier problema que afecte a una consulta concreta será *activamente ignorado*.

Por tanto, los problemas individuales del día a día, aquellos cuya existencia es cuestionada no solo por la administración, sino por los propios compañeros no afectados, debemos afrontarlos individualmente y compartirlos con otros compañeros que se encuentren en la misma situación o que ya la resolvieron, pues serán los únicos a los que les interesen y

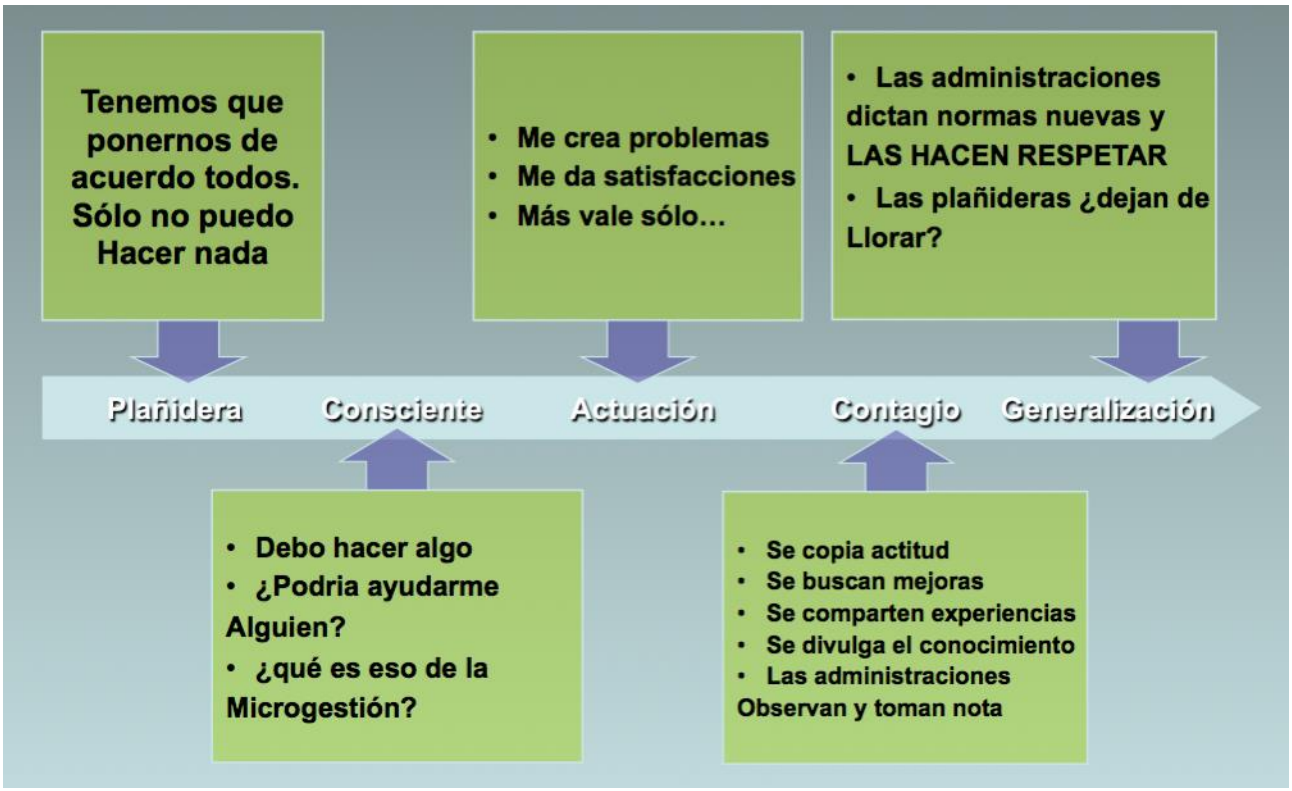
puedan intercambiar con nosotros herramientas para solucionarlos, para paliarlos o para asumirlos como irresolubles. El taller, por tanto, busca compartir experiencias y aprender juntos.

Tabla I.- La cartera de servicios. ¿Qué deberíamos estar haciendo?

Sí	*No*
Certificado de enfermedad	"Certificoides" de salud
Justificante de asistencia para trabajo de los padres	"Justificoides" de asistencia para colegios
Hacer nuestras recetas	Hacer otras recetas (pediatra amanuense)
Hacer nuestras derivaciones	Derivar revisiones (pediatra amanuense)
Solicitar espirometrías	Hacer espirometrías
Solicitar test diagnósticos	Hacer test diagnósticos
Ordenar nuestra consulta	Dejar que otro ordene nuestra consulta
Criticar el mal funcionamiento	Sufrir el mal funcionamiento
Visitas a domicilio con indicación	Visitas a domicilio a petición
Atender urgencias ante ausencia DCCU	Suplir al DCCU en su presencia
Atender primero a los citados: "esperoterapia a pseudourgencias"	Atender primero a las "pseudourgencias"
Proponer mejoras	"Virgensita" que me quede como estoy
Hacer programada a hiperfrecuentadores	Ver a salto de mata a hiperfrecuentadores
Ver a salto de mata a hipofrecuentadores con problemas importantes que dudemos vayan a volver	Citar en programada a riesgo de que no vuelvan
Delegar en enfermería (niño sano, seguimiento obesidad, hipertensión, controles constantes TDAH, ítems observación CHAT)	Acaparar todo que para eso tenemos más años de carrera y con un vistazo y dos palabras lo solucionamos todo
Delegar en administrativo (obtención de citas, buzón de demanda administrativa –recepción de informes, recogida de analítica para especialistas, renovación de recetas)	Llevarse la tarea administrativa a la consulta
Consulta telefónica y por E-mail	Iatrogenia exploratoria y "poyaquismo"
Web 2.0/tablón de anuncios de corcho	Mantener en la ignorancia
Defender al menor	Arrinconar al menor
Informar a la familia para que sea quien decida	Paternalismo. Pediatra-dependencia
Asesorar a la familia sobre la información que debe obtener de otros profesionales	Suplantar a otros profesionales dando nuestra "versión" de la información
Asesorar sobre derechos y deberes	Evitar estos temas
Ofrecerse para dictar hojas de reclamaciones, asesorar sobre legislación y lugar idóneo de presentación	Decir "reclame usted"
Confeccionar nuestra agenda (base de la gestión de la demanda)	Acatar sin rechistar una agenda hecha por y para otro
Revisar material fungible, medios diagnósticos y terapéuticos y solicitar lo que falte	No pedir nada, no sea que lo tengamos que usar
Solicitar formación en las áreas que consideremos prioritarias	No formarse
Investigar	Quejarse del compañero que investiga
Docencia	Quejarse del compañero docente
Implicarse en la gestión	Quejarse amargamente del director
Hablar, negociar, escribir con registro de entrada si es necesario	Quejarse amargamente del director
Salir "de paseo" (al cole, al insti, a la guarde, al ayuntamiento, a la asociación de vecinos) solicitando permiso para ello	Quedarse en la consulta que está climatizada

DCCU: Dispositivo de Cuidados Criticos y Urgencias

Grafica 1.- Desde la Micro a la Macrogestión. Evolución de los profesionales y la Administración.



BIBLIOGRAFIA

1. Bras i Marquilla J. Dar peces y enseñar a pescar. ¡ Cuanto trabajo, madre mía ¡ Aten Primaria 2005;36(2):64-70
2. Bras i Marquilla J. También existe la pediatría de los niños con una cabeza. Rev Pediatr Aten Primaria 2007; 9:15-16
3. Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucia (APapA). [consultado 21 Noviembre 2009]. Disponible en: http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/ProyectoDesarrolloEstrategicoPApa.pdf
4. Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N, Mateo Rodríguez I. Proyecto de Desarrollo Estratégico de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. Rev Pediatr Aten Primaria 2008; 10 Supl 2: S81-94
5. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión 2002;8 (3): 115-132
6. Marina J. La vulnerabilidad aprendida. Pediatr Integral 2012; XVI (10): 811-814.
7. Jiménez Alés R. La Pediatra-dependencia y la limitación de l calidad de la asistencia. Pediatr Integral 2011; XV (Nº Especial 14): 97-100
8. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. La falacia de control. [1-Abril-2009] [consultado 27-10-2011]. Disponible en: http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html
9. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. Y en el principio fue... el Cociente de Frustración. [12-Marzo-2008] [consultado 27-10-2011]. Disponible en: http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2008/03/la-falacia-de-control.html
10. Buitrago Jiménez F. Editorial. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. Aten Primaria 2001;27(4):217-219
11. AEPap. Propuesta de mínimos exigible para la organización de una consulta de calidad en pediatria de atención primaria [Internet]. Madrid: AEPap; 2003. Available from: http://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/calidad_800.pdf
12. Jiménez Alés R. Pediatria y familias [Internet]. Netvibes.com. 2010 [consultada 7 Septiembre 2017]. Available from: http://www.netvibes.com/alesmismo
13. Jiménez Alés R. Pediatria y Salud [Internet]. Mimagnificopediatra.blogspot.com.es. 2008 [consultado 7 Septiembre 2017]. Disponible en: http://mimagnificopediatra.blogspot.com.es/
14. Pediatría para Usuarios: todo lo que tu pediatra no tiene tiempo de explicarte en la consulta. http://alesmismo.wordpress.com
15. Alvarez de Laviada Mulero T, Martínez Pons M, Mínguez Verdejo R, Sebastian Barberan V, Serrano Poveda E, Suarez Vicent E et al. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria. Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP); 2017. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_gatpap.pdf
16. Cómo ser asertivo [Internet]. wikiHow. [consultado 7 Septiembre 2017]. Disponible en: https://es.wikihow.com/ser-asertivo
17. Comunicación y Asertividad [Internet]. Platea.pntic.mec.es. [consultado 7 Septiembre 2017]. Disponible en: http://platea.pntic.mec.es/jolall1/smart/Asertividad.pdf
18. Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado. BOE num 130, de 1 Junio de 2011. [Fecha de Acceso 27 de Octubre 2012] Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/res050511-tap.html#protocolo

Actualización en Neonatología

Recomendaciones del protocolo de seguimiento para el niño con peso menor de 1500g o menor de 32 semanas de gestación

Grupo de Seguimiento de SENeo

En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P 72-78

Pilar García González. Neonatóloga. Hospital Universitario de Salamanca.
Gemma Ginovart Galiana. Neonatóloga. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Ana Jimenez Moya. Neonatóloga. Hospital de Algeciras. Cádiz.
Begoña Loureiro González. Neonatóloga. Hospital Universitario de Cruces. Bilbao.
Yolanda Martín Peinador. Pediatra de Atención Primaria. CS Goya. Madrid.
Javier Soriano Faura. Pediatra Atención Primaria. CS Fuensanta. Valencia.
María José Torres Valdivieso. Neonatóloga. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Carmen Pallás Alonso. Neonatóloga. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Recomendación general sobre el programa de seguimiento

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*	Certeza Ética*	Certeza Jurídica*
La Sociedad Española de Neonatología recomienda que todos los niños <1500<32 pasen a formar parte de un programa de seguimiento estandarizado hasta la edad escolar (6-7 años)	**B**	Alta	Alta

Recomendaciones generales para Atención Primaria

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda realizar el programa de seguimiento del <1500<32 en los contenidos que competen a atención primaria y que se irán detallando.	B
Se recomienda diseñar estrategias desde atención primaria para evitar los abandonos del programa de seguimiento.	B
Se recomienda mantener un sistema de formación continuada que asegure la adecuada implantación del programa de seguimiento en atención primaria.	B
Se recomienda que el informe de alta y el plan de cuidados se comenten con el equipo de atención primaria antes del alta.	Posicionamiento I
Se recomienda que la primera visita a atención primaria se organice antes del alta.	Posicionamiento I
En relación con el carnet/cartilla de salud se recomienda que además de cumplimentar los datos correspondientes hasta el alta hospitalaria, se adjunten los resguardos de los lotes de las inmunizaciones administradas y el número de registro del test de cribado.	Posicionamiento I
En relación a la historia clínica electrónica se recomienda que los profesionales implicados en el cuidado del niño (hospital, atención primaria y centro de atención temprana) tengan acceso a los diferentes registros informáticos.	Posicionamiento I
Se recomienda que todos los <1500<32 dados de alta hospitalaria se valoren por el pediatra de atención primaria en un tiempo nunca superior a los 5 días después del alta.	B
En situación de riesgo socio-ambiental se recomienda que el equipo de atención primaria confirme la implicación de los trabajadores sociales y que trabaje de forma coordinada con ellos.	Posicionamiento I

Recomendaciones sobre el control del crecimiento.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda monitorizar el crecimiento tras el alta. El crecimiento insuficiente se asocia con problemas en el neurodesarrollo.	B
Para la evaluación del crecimiento tras el alta se recomienda el uso de las curvas de Fenton hasta la 44 semanas de EC y posteriormente las curvas de la Organización Mundial de la Salud de acuerdo con la EC.	Posicionamiento I
Se recomienda que los niños de bajo peso para la edad gestacional que a los 2–3 años tengan una talla por debajo de 2 desviaciones estándar se remitan al endocrinólogo para valorar el tratamiento	B

con hormona de crecimiento.	

Recomendaciones sobre la alimentación.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda que el niño se alimente con leche materna de forma exclusiva hasta los seis meses de edad corregida y posteriormente, complementada con otros alimentos, hasta los dos años o hasta que la madre y el niño deseen.	B
Se recomienda que los niños con riesgo nutricional (que no hayan alcanzado el P10 al alta, precisen restricción hídrica, o cuya ganancia ponderal con lactancia materna exclusiva no sea correcta o presenten osteopenia de la prematuridad) reciban leche materna suplementada con fortificantes en alguna toma o bien sustituir alguna toma por fórmula de prematuros.	Posicionamiento I
Si se administran fortificantes en niños que están mamando la pauta más recomendada actualmente es diluir los cuatro o cinco gramos del fortificantes (dependiendo del fabricante) en unos 30-50cc de leche materna extraída y administrárselo al niño antes de la toma en dos o tres tomas al día.	Posicionamiento I
La producción de leche durante las primeras semanas tras el alta se puede incrementar realizando método canguro en domicilio por ello se recomienda que todas las madres en el momento del alta sepan cómo poner a su hijo en posición canguro.	B
Existe gran controversia con el uso de formula adaptada habitual o fórmulas de prematuros tras el alta. La ESPGHAN recomienda el uso de fórmula de prematuros hasta la 40 semana de EC. La OMS recomienda su uso solo hasta los 2000g.	Posicionamiento I
La introducción de la alimentación complementaria debe considerar las capacidades motoras del niño en relación con la alimentación. Estas habilidades suelen adquirirse según edad corregida pero pueden hacerse recomendaciones de alimentación complementaria de forma individualizada según las capacidades de cada niño	Posicionamiento I

Recomendaciones sobre el control del desarrollo motor.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Aunque aparentemente el desarrollo sea adecuado se recomienda realizar una detenida evaluación motora al menos dos veces en el primer año de vida (3 meses de EC y 12 meses de EC)	B
Todos los niños <1500<32 tienen un riesgo incrementado de alteraciones motoras por tanto se recomienda remitirles a atención temprana porque con los programas de intervención precoz se ha	A

mostrado mejoría tanto en la función cognitiva como motora. Es recomendable que, en los niños con problemas motores, la función motora y sus capacidades se describan utilizando las diversas escalas que hay disponibles para ellos	 Posicionamiento I

Recomendaciones sobre el control del desarrollo neuropsicológico.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
El método madre canguro realizado durante el ingreso hospitalario y tras el alta disminuye los trastornos emocionales y mejora la respuesta al estrés en la edad escolar por lo que es una razón más para recomendar su práctica durante el ingreso y tras el alta del niño.	A
Se recomienda remitir a los niños con <1500<32 a atención temprana porque se ha mostrado mejoría tanto en la función cognitiva como motora.	A
Se recomienda realizar cribado del TEA, con la escala M-CHAT, a todos los niños <1500<32 entre los 18 y 24 meses de EC. Se recomienda realizar valoraciones del comportamiento y de alteraciones emocionales ya que pueden pasar desapercibidas y podrían mejorar con una adecuada orientación y tratamiento. Se recomienda contar en el equipo de seguimiento con psicólogos que puedan realizar las evaluaciones y que puedan orientar y tratar las alteraciones que se detecten en los niños Se recomienda realizar al menos el test de Bayle III hacia los dos años de edad corregida para orientar al niño y a la familia y poder evaluar los resultados obtenidos en el grupo de <1500<32 atendidos.	B B C Posicionamiento I

Recomendaciones sobre el control del desarrollo visual.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda que el equipo de pediatra de atención primaria confirme que se ha realizado el cribado para la retinopatía de la prematuridad. Si no se hubiera realizado o no se hubiera completado, se recomienda remitir al niño sin demora a un oftalmólogo experto en el cribado de retinopatía de la prematuridad. Se recomienda que todos los <1500<32 se evalúen por un oftalmólogo antes de los 3 años de edad ya que se ha demostrado que el tratamiento precoz de la ambliopía conlleva un mejor	A B

pronóstico. Los niños con retinopatía de la prematuridad de grado 3 o que hayan requerido tratamiento y los que presentan patología neurológica precisan de seguimiento oftalmológico especializado hasta la adolescencia. Los pediatras de atención primaria confirmarán que se están realizando estos controles.	B
Se recomienda realizar por parte del equipo de pediatría de atención primaria el cribado de alteraciones visuales (ambliopía, estrabismo y errores de refracción) a la edad de 5 años. Ante cualquier alteración detectada por el pediatra o referida por los padres, aunque ésta no se pueda poner de manifiesto en la consulta, se recomienda remitir al niño para una nueva evaluación por el oftalmólogo.	B B

Recomendaciones sobre el control del desarrollo auditivo.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda realizar cribado auditivo con PEAA o PEATC antes del alta de la unidad neonatal a todos los recién nacidos <1500<32. El equipo de pediatría de atención primaria confirmará que se ha realizado.	B
Se recomienda realizar una audiometría conductual adecuada a la edad del niño hacia los dos años de edad corregida, para detectar los déficits auditivos de comienzo tardío. El equipo de pediatría de atención primaria confirmará que se ha realizado.	B
Se recomienda remitir para valoración audiológica a cualquier niño con alteraciones del lenguaje y siempre que los padres refieran dudas sobre la audición del niño.	B

Recomendaciones sobre el suplemento de Vitamina D.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda que los niños prematuros, menores de un año de edad corregida, reciban un suplemento de vitamina D_3 de 400 UI/día.	A
Los niños con riesgo de déficit añadido de vitamina D (uso de diuréticos del asa, restricción hídrica, corticoides postnatales de forma prolongada, administración de fórmulas hidrolizadas) pueden recibir hasta un máximo de 1000 UI/día.	Posicionamiento I

Recomendaciones sobre el suplemento de hierro.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*

Se recomienda suplementar a los niños <1500<32 alimentados con lactancia materna con 4 mg/kg/día de hierro en forma de sulfato ferrosos (hasta un máximo de 15mg/día) desde el mes de edad hasta el año de edad cronológica o hasta que la alimentación complementaria aporte suficiente hierro.	B
En caso de recibir fórmula de prematuros o fórmula de inicio o continuación se recomienda un aporte extra de 1,5 mg/Kg/día de hierro en forma de sulfato ferroso, durante el primer año de edad cronológica o hasta que la alimentación complementaria aporte suficiente hierro.	B

Recomendaciones sobre prevención de la infección respiratoria.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
Se recomienda seguir de forma estricta las pautas generales de prevención de la infección respiratoria: lactancia materna, la vacunación de los convivientes con la vacuna de la gripe, las adecuadas medidas de higiene de manos y de la tos, evitar la exposición al humo de tabaco y la asistencia a guardería durante el primer invierno.	A
Se recomienda la administración de inmunoprofilaxis con Palivizumab en los niños menores de 29 semanas que es en el grupo en el que hay acuerdo en las sociedades científicas. Para los niños <1500<32 que tengan una edad gestacional igual o mayor a 29 semanas cada equipo podrá decidir las recomendaciones a seguir considerando su alto coste económico y la limitada evidencia que hay para justificar su uso.	B

Recomendaciones sobre las vacunaciones.

Recomendación	Fuerza de la Recomendación*
El niño <1500<32 debe recibir las vacunas a la misma edad cronológica y con las mismas pautas y dosis que sus coetáneos, cualquiera que sea su edad gestacional y peso.	A
Se recomienda evitar retrasos en la vacunación para conseguir precozmente niveles de anticuerpos protectores suficientes y mantenidos en los primeros meses de vida, que son los de mayor riesgo.	Posicionamiento I
Se recomienda vacunar de la gripe todos los años a los <1500<32. Si cuando llegue la temporada de vacunación el niño tiene menos de 6 meses de edad cronológica se recomienda no vacunar al niño y vacunar a las personas que conviven con él.	B
Los niños prematuros menores de 32 semanas o de 1700 gramos de peso al nacer tienen más probabilidad de presentar una enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* que los recién	B

nacidos a término, por lo que se debe recomendar especialmente en estos niños la VNC13 con pauta 3+1, sin VNP23 posterior, salvo que asocien otros factores de riesgo. Se recomienda que aquellos trabajadores que estén en contacto con niños prematuros que no hayan sido vacunados con dTpa, reciban una dosis de esta vacuna , respetando un margen de al menos 4 semanas con la última dosis recibida de *Td*	Posicionamiento I
Es importante promocionar la "estrategia de nido" (Cocooning), vacunando a los convivientes y cuidadores de todos los prematuros, tanto en el seno de la familia como en las unidades neonatales.	Posicionamiento I

Fuerza de la recomendación*. En el Anexo 4 se muestran las referencias que se han utilizado para establecer los niveles de certeza.
<1500<32. Niños con peso al nacimiento menor de 1500 o menos de 32 semanas de edad gestacional.
CAP. Centros de Atención Primaria.
PEAA. Potenciales Auditivos Automatizados.
PEACT. Potenciales Auditivos de Tronco Cerebral.
dTpa. Difteria, Tétanos y Tos ferina de baja carga.
Td. Vacuna combinada antidiftérica y antitetánica tipo adulto
VNC13. Vacuna neumocócica conjugada 13 valente.
VNP23. Vacuna polisacarida 23 valente.

Actualización en Nefrología Pediátrica

Herramientas diagnósticas en Atención Primaria

Montserrat Antón Gamero
Pediatra
Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
monangas@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Antón Gamero, Montserrat
Actualización en Nefrología Pediátrica
Herramientas Diagnósticas en Atención Primaria
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.79-85

Introducción

Las enfermedades nefrourológicas son un motivo de consulta frecuente del niño. El pediatra tiene que poseer las competencias necesarias para su orientación diagnóstica haciendo uso de las principales herramientas disponibles en atención primaria con el objetivo de distinguir aquellas patologías benignas o transitorias de aquellas que revisten mayor gravedad y que van a requerir un estudio especializado o tratamiento hospitalario.
En este taller descubriremos la utilidad de la anamnesis dirigida del hábito miccional e intestinal utilizando la semiología apropiada para la orientación diagnóstica de los trastornos miccionales. También identificaremos la utilidad de la tira reactiva, el sistemático y el sedimento de orina y su interpretación para el estudio de las enfermedades renales. Expondremos las indicaciones del estudio bioquímico de la orina para el estudio inicial de la hipercalciuria, proteinuria y albuminuria reconociendo los valores de normalidad. Por último, aprenderemos el cálculo del filtrado glomerular estimado mediante una fórmula sencilla y básica, reconociendo los valores normales para la edad.

1. Semiología de la micción

Los trastornos miccionales son las anomalías de la función de llenado y vaciado de la vejiga sin que existan alteraciones orgánicas en niños mayores de 5 años. Son un motivo de consulta muy frecuente. Para su diagnóstico el pediatra ha de realizar una anamnesis dirigida al hábito miccional e intestinal, preguntando a los padres y al niño de una manera sencilla y comprensible sobre

- El momento de la adquisición del control de esfínteres diurno (niñas hacia los 2-3 años y niños hacia los 3-4 años)
- El momento de la adquisición del control de esfínter nocturno (hacia los 5 años)
- Frecuencia miccional (normal entre 4 y 6 micciones al día)
- Presencia habitual de urgencia miccional o incontinencia (leve solo moja la ropa interior, moderada también la ropa y grave con micción completa)
- Posturas de evitación de la micción (baile, cruce de piernas, postura en cuclillas, llevarse la mano a los genitales)

- Postura que adopta para orinar (niñas con pies apoyados y rodillas separadas, valorar necesidad de adaptador, niños con apertura de la cremallera que facilite la posición adecuada del pene)
- Necesidad de realizar esfuerzo miccional o prensa abdominal, dificultad para iniciar la micción
- Goteo o incontinencia postmiccional
- Características del chorro miccional (continuo, entrecortado, débil, turbulento)
- Control del esfínter nocturno (incontinencia primaria o secundaria según el control nocturna haya sido menor o mayor de 6 meses y no monosintomática o monosintomática según se acompañe o no de síntomas miccionales diurnos)
- Estreñimiento o encopresis

Con esta anamnesis y con el conocimiento de la semiología de la micción, el pediatra podrá identificar las presentaciones clínicas más frecuentes de los trastornos miccionales como son la vejiga hiperactiva (aumento de frecuencia, incontinencia de urgencia), micción aplazada (baja frecuencia miccional, posturas antimiccionales, incontinencia ocasional), disfunción miccional e intestinal (esfuerzo miccional, dificultad de vaciado, chorro débil o intermitente, incontinencia ocasional, estreñimiento, encopresis, infecciones urinarias por el residuo postmiccional), el reflujo vesicovaginal (goteo postmiccional, chorro turbulento, mala postura para orinar y enuresis nocturna no monosintomática (además del trastorno miccional hay incontinencia nocturna).

2. Análisis de orina

2.1 Técnica de recogida de orina

La técnica de recogida de orina recomendada para el análisis es la orina de chorro medio retrayendo el prepucio o separando los labios mayores en un frasco estéril o no contaminado, previo lavado de los genitales con agua y jabón (recomendación sin evidencia científica, evitar el uso de antisépticos. En niños no continentes se puede recoger la orina mediante bolsa perineal adhesiva o al acecho esperando a que realice una micción espontánea. Es excepcional la utilización de técnicas invasivas como el sondaje vesical o la punción suprapúbica para el análisis de orina en atención primaria y antes de su uso hay que valorar el riesgo-beneficio de las mismas. La orina se debe analizar en las primeras horas tras su recogida, y debe ser refrigerada a 4ºC y protegida de la luz si esto no es posible, hasta un máximo de 24 horas.

2.2 Análisis físico

El análisis físico de la orina incluye las características organolépticas.

- **Apariencia:** Visualización directa de la misma apreciando sus características. Habitualmente es transparente. Puede aparecer turbia en la infección urinaria, con poso blanquecino en la hipercalciuria o por precipitación de cristales, espumosa en la proteinuria grave.
- **Color:** Amarillo ámbar con diferente intensidad según el grado de concentración de los solutos. Puede aparecer roja en la hematuria de origen urológico, marrón verdosa en la hematuria de origen glomerular, naranja en los infartos de ácido úrico del recién nacido, negra en la alcaptonuria y con algunos fármacos.
- **Olor:** Tiene un olor característico que se modifica con algunos alimentos y medicaciones. Es maloliente en la infección urinaria y orinas muy concentradas.

2.3 Tira reactiva

La tira reactiva consiste en una cinta estrecha de plástico con almohadillas pegadas que están impregnadas en sustancias químicas que reaccionan con productos de la orina y viran su color con diferente intensidad en función de su concentración.
La realización de la tira reactiva de orina de manera manual es un método sencillo, asequible, rápido y económico de análisis químico de los parámetros pH, proteínas, glucosa, cetonas, hemoglobina, bilirrubina, urobilinógeno, nitritos, leucocitos y densidad. Analizan cualitativa (positivo o negativo según la presencia o ausencia) y semicuantitativamente (indicios o trazas, +, ++, +++ y ++++ según el grado de concentración) las variaciones de estos parámetros de forma sencilla y rápida proporcionando información valiosa para la orientación diagnóstica.
La técnica consiste en sumergir la tira en la orina durante 1-2 segundos asegurando que la orina contacte con todas las almohadillas para posteriormente extraerla y colocarla en el borde del recipiente para eliminar el exceso de orina. Tras el tiempo de espera indicado en las instrucciones por cada fabricante para cada uno de los parámetros (de 30-150 segundos) se procede a su lectura comparando el color adquirido con la escala cromática proporcionada en el envase. Se debe observar la fecha de caducidad así como las instrucciones de cada fabricante.

- pH: Indica el grado de acidificación de la orina, en orina al azar varía entre 4,5 y 8, la primera de la mañana más ácida y algo más alcalina tras las comidas. En situación normal la orina tiende a ser ligeramente ácida (5,5-6,5). No existen valores normales de referencia, y se debe interpretar según la situación clínica. En situación de acidosis metabólica la orina debe ser ácida con pH < 5, en caso contrario es sugestivo de acidosis tubular.

- Densidad: Indica el grado de concentración urinaria y guarda buena correlación con la osmolalidad urinaria (excepto en presencia de proteinuria importante y glucosuria). Sus valores oscilan desde 1005 a 1030 y permite estimar la osmolalidad multiplicando las dos últimas cifras por 40. Ejemplo: 1030 = 1200 mOsm/kg. Puede proporcionar información sobre el estado de hidratación del paciente y capacidad de concentración de la orina. Debe ser interpretado en función de la situación clínica del paciente y condiciones de recogida de la muestra de orina. En situación de deshidratación clínica una densidad urinaria debe ser máxima, una densidad baja indica una pérdida de la capacidad de concentración urinaria como posible origen de la deshidratación.

- Leucocitos: Detecta la esterasa leucocitaria de los neutrófilos, habitualmente presentes en la orina cuando existe infección urinaria pero también cuando existen otras causas de piuria estéril (litiasis renal, procesos febriles, deshidratación). Es preciso esperar 5 minutos para su lectura correcta. Su positividad indica al menos 4-5 leucocitos/campo. Su confirmación así como la presencia de bacteriuria o cilindros leucocitarios en el sedimento de orina apoya el diagnóstico de infección urinaria.

- Nitritos: Detecta la presencia de nitritos en la orina, resultado de la reducción de los nitratos por gérmenes gram negativos. Su positividad apoya el diagnóstico de infección urinaria siendo muy específica si se realiza en orina recién emitida (evita el sobrecrecimiento y contaminación bacteriana). Sin embargo es poco sensible y precisa de una concentración elevada de gérmenes en orina y un tiempo mínimo de 3-4 horas de permanencia en la vejiga por lo que pierde utilidad en los lactantes y en las infecciones por gram positivos.

- Proteínas: Detecta fundamentalmente albuminuria incluso a concentraciones bajas siendo muy sensible y específica. Se considera patológico resultados ≥ + que se corresponden con concentraciones de 30 mg/dl, ++ 100 mg/dl, +++ 300 mg/dl y ++++ 1000 mg/dl o rango nefrótico. No detecta concentraciones bajas de proteínas de bajo peso molecular. En caso de ser patológico en varias determinaciones la proteinuria debe ser cuantificada. La orina muy

concentradas y muy alcalinas pueden dar falsos positivos así como la presencia de hematuria macroscópica intensa.

- **Sangre:** No detecta la presencia de hematíes si no la presencia del grupo hemo también presente en la mioglobina y hemoglobina por lo que no distingue entre hematuria, hemoglobinuria y mioglobinuria. Cuando la coloración es moteada indica la presencia de hematíes intactos y cuando es uniforme indica hemoglobina libre (en algunas tiras son dos parámetros diferentes). Si es negativa descarta la hematuria y si es positiva se debe hacer un sedimento urinario para confirmar la presencia de de más de 2-5 hematíes/campo.

- **Glucosa:** Detecta la presencia de glucosa en orina. Se positiviza cuando la concentración es > 30 mg/dl. Su presencia es patológica, ya que en condiciones normales la glucosa filtrada es reabsorbida en el túbulo proximal. Cuando la concentración en sangre supera la capacidad de absorción (> 180 mg/dl) o existe una tubulopatía proximal congénita o adquirida aparece glucosa en la orina.

- **Cuerpos cetónicos:** Son productos intermedios del metabolismo de los ácidos grasos. En condiciones normales no aparecen en orina, su presencia indica aumento del metabolismo graso por ayuno prolongado, alteración del metabolimo de los hidratos de carbono, o vómitos.

- **Bilirrubina y urobilinógeno:** La primera detecta la presencia de bilirrubina conjugada en la orina alertando sobre enfermedad hepática y colestasis, la segunda detecta urobilinógeno en orina signo de disfunción hepática o anemia hemolítica. Habitualmente no se excretan en la orina.

- Existen tiras reactivas específicas para la determinación de albuminuria. En caso de positividad debe ser confirmada mediante cuantificación urinaria.

2.4 Sistemático de orina

Los lectores automáticos realizan la lectura de la tira reactiva por fotometría de reflexión, proporcionan además unidades de concentración del sistema internacional. Ejemplo: proteínas 300 mg/dl

2.5 Sedimento de orina

Se estudia una gota al microscopio de 400 aumentos tras centrifugar una muestra de orina, decantar el sobrenadante y resuspender el sedimento en una pequeña cantidad del líquido. Permite visualizar

- Células: Leucocitos son significativos a partir de 5-10 leucocitos/campo o mcl. Hematíes son significativos a partir de 3-5 hematíes/campo, el microscopio de fase permite apreciar su morfología. Células de descamación de escasa significación patológica en niños.

- Cilindros: Son moldes del túbulo renal. Hialinos que no indican patología necesariamente (orinas muy concentradas), hemáticos (glomerulonefritis, hematuria glomerular), leucocitarios (pielonefritis), epiteliales (necrosis tubular aguda), grasos (síndrome nefrótico)

- Cristales: Los de oxalato, fosfato, carbonato cálcico, ácido úrico o fosfato amónico magnésico no indican necesariamente patología, aunque su persistencia requiere estudio según la clínica para investigar predisposición a la litiasis. Los cristales de cistina son siempre patológicos (cistinuria).

- Bacteriuria: La presencia de bacterias en orina es patológica (puede ser contaminante).

2.6 Examen microscópico en fresco de la orina

Habitualmente no disponible en atención primaria. Puede detectar la presencia de bacterias, incluso realizar la tinción de gran, elementos formes como hematíes, leucocitos (positivos > 5-10 por mcl) y cristales.

2.7 Citometría de flujo

Realiza de forma automatizada un análisis de la orina, informando de la presencia de leucocitos, hematíes, cilindros, cristales, células descamativas y microorganismos. Los resultados son expresados por mcl. Leucocituria es patológica a partir de 5-10 leucocitos/mcl y hematuria a partir de 5 hematíes/mcl.

2.8 Análisis bioquímico de orina

La concentración urinaria de solutos debe interpretarse en relación a sus valores en sangre y la situación clínica del paciente. El laboratorio no proporciona habitualmente valores de normalidad para niños. El estudio básico de la función renal consiste en el análisis de la eliminación urinaria de solutos y su relación con los valores en sangre mediante el cálculo de las excreciones fraccionales, índices de excreción urinarios y cocientes urinarios. Algunos de estos cálculos sobrepasan el objetivo de este taller en el que sólo abordaremos por su sencillez y utilidad práctica en atención primaria el cociente urinario calcio/creatinina así como los cocientes proteínas/creatinina y albúmina/creatinina en orina de micción aislada.

- **Cociente calcio/creatinina:** Aunque la calciuria es un parámetro muy variable, la determinación del cociente calcio/creatinina en segunda orina de la mañana en ayunas es una herramienta sencilla y útil en el estudio de la hipercalciuria idiopática, litiasis renal, uropatías y presencia de síntomas miccionales (disuria, urgencia miccional). Dicho cociente se obtiene de dividir la concentración urinaria de calcio en mg/dl entre la de creatinina en mg/dl y se expresa en mg/mg. Los valores de normalidad según la edad se recogen en la tabla 1.
- **Cociente proteínas/creatinina:** Toda proteinuria persistente debe ser cuantificada mediante la medición de la excreción urinaria de proteínas en orina de 24 horas o con el cociente entre la concentración de proteínas y la de creatinina en cualquier orina de micción aislada, preferiblemente en la primera micción de la mañana. La cuantificación y la expresión de los resultados obtenidos en las unidades de referencia normalizadas puede resultar engorroso, por lo que en atención primaria podemos utilizar el cociente urinario proteínas/creatinina expresado en mg/mg como aproximación diagnóstica más sencilla. Tabla 2.
- **Cociente albúmina/creatinina:** En niños con nefropatía diabética o nefropatía cicatricial se recomienda la determinación de albuminuría como marcador precoz de lesión glomerular. Los valores de normalidad en niños no están bien definidos aunque se acepta como patológico el cociente entre la concentración urinaria de albúmina y creatinina > 30 mg/g. Tabla 2.

3. Cálculo del filtrado glomerular estimado

El filtrado glomerular mide la capacidad del riñón de aclarar el plasma de una sustancia por unidad de tiempo. En niños se expresa en ml/min/1,73m2 para compararla a la de un adulto. En la práctica clínica clásicamente se estimaba mediante el aclaramiento de creatinina recogiendo orina de 24 horas. Actualmente, se recomienda el cálculo mediante fórmulas matemáticas que sólo requieren la determinación de creatinina plasmática sin necesidad de recoger una muestra de orina. La fórmula más aceptada es la de Schwartz modificada o "bedside", donde el filtrado glomerular estimado en ml/min/1,73m2 = Talla expresada en cm x 0,413 / creatinina plasma

(mg/dl). Esta fórmula no ha sido validada para niños < 1 año, en que puede ser aceptado utilizar la constante k= 0,45 en lugar de 0,413.

La elevación de las cifras de creatinina plasmática por encima de los valores normales para la edad indica un deterioro de la función renal por daño renal agudo o crónico. Sin embargo se recomienda expresarlo mediante un cálculo del filtrado glomerular. Esta fórmula sencilla permite conocer el filtrado glomerular como herramienta básica para el diagnóstico de las enfermedades renales con repercusión funcional en atención primaria. En la tabla 3 se expresan los valores orientativos aproximados de normalidad de creatinina plasmática y filtrado glomerular estimado por grupos de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ariceta G. Proteinuria. Clinical practice. Eur J Pediatr 2011; 170:15-20.
2. Fraga Rodríguez GM, Huertes Díaz B, Evaluación básica de la función renal en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2014; 1:21-35
3. Gracia Manzano S, González Rodríguez JD. Recogida de muestras y análisis sistemático de orina. En: Antón y Rodríguez. Nefrología pediátrica. Manual práctico. Ed. Panamericana. Madrid 2011. Pp 47-55.
4. Ibars Valverde Z, Ferrando Monleón S. Marcadores clínicos de enfermedad renal. Indicación e interpretación de las pruebas complementarias. Recogida de muestras y análisis sistemático de la orina. Protoc diagn ter pediatr. 2014; 1:1-19
5. Montañés Bermúdez R, Gràcia García S, Pérez Surribas D, Martínez Castelao M, Bover Sanjuán J. Documento de Consenso. Recomendaciones sobre la valoración de la proteinuria en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2011; 31: 331-45.
6. Simerville JA, Maxted WC, Pahira JJ. Urinalysis: A Comprehensive Review. Am Fam Physician 2005; 71:1153-62.

Tablas

Tabla 1. Valores de referencia del cociente calcio/creatinina por edades

Edad	Cociente calcio/creatinina (mg/mg)
0-6 meses	< 0,8

7-12 meses	< 0,6
13-24 meses	< 0,5
2-4 años	< 0,28
> 4 años	< 0,20

Tabla 2. Definición de proteinuria y albuminuria

PARÁMETRO	MÉTODO DE MEDICIÓN	VALOR PATOLÓGICO	GRADO
Proteinuria	Cociente proteínas/creatinina en orina de micción aislada	**Menores de 2 años:** > 0,5 mg/mg **Mayores de 2 años:** > 0,2 mg/mg	**Leve** 0,2-1 mg/mg **Moderada** 1-2 mg/mg **Nefrótica** > 2 mg/mg
Albuminuria	Cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada	> 30 mg/g	**Leve** 30-300 mg/g **Macro** > 300 mg/g

Tabla 3. Valores aproximados de creatinina plasmática y FG estimado por grupo de edad.

Edad	Creatinina plasmática (mg/dl)	FG estimado (ml/min/1,73m2)
5-7 días	< 0,5	30
1 mes -1 año	< 0,45	60
1-6 años	< 0,5	100
6-10 años	< 0,6	
11-13 años	< 0,7	

Actualización en Neumología Pediátrica

Sibilantes Recurrentes en niños

Manuel Praena Crespo
Pediatra AP
Centro de Salud la Candelaria (Sevilla).
mpraenac@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Praena Crespo, Manuel
Actualización en Neumología Pediátrica
Sibilantes recurrentes en niños
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.86-96

El asma a menudo comienza antes de los seis años de edad. Sin embargo, sigue habiendo incertidumbre sobre cuándo y cómo se puede diagnosticar con esta afección a un niño en edad preescolar con síntomas sugerentes de asma. Esto retrasa el tratamiento y contribuye a la morbilidad a corto y largo plazo. Según la guía de la Sociedad Torácica Canadiense y la Sociedad Canadiense de Pediatría, ante la ausencia de pruebas de función pulmonar, el diagnóstico de asma debe considerarse en niños de uno a cinco años con síntomas frecuentes (≥8 días / mes) de asma o exacerbaciones recurrentes (≥2) (episodios con signos similares al asma). Sin embargo la *"European Respiratory Society (*ERS*) Task Force"* muestra reticencias para hablar de asma en los preescolares, porque no se puede demostrar un substrato inflamatorio de los bronquios, que es la base del asma, por lo que ofrece como alternativa la denominación de Sibilancias por Virasis (SV) y Sibilancias Multidesencadenantes (SMD) que contemplaría una actitud terapéutica diferente para cada caso. Sucesivos trabajos de investigación no han sido capaces de apoyar o refutar las directrices de la de la ERS.

Numerosas guías han abordado la problemática de las sibilancias / asma del preescolar y no tienen tanta concordancia en el diagnóstico y tratamiento, como en edades más tardías en la que el terreno es menos resbaladizo al disponer de herramientas diagnósticas más eficaces que estas primeras edades, además de un factor clave que es la continuidad de los síntomas.
Para el diagnóstico en el niño pequeño, se requiere documentar objetivamente los signos o síntomas de obstrucción del flujo aéreo informados por los padres (mejoría de estos signos o síntomas con el tratamiento del asma), y sin sospecha clínica de un diagnóstico alternativo.
El rasgo característico de la obstrucción del flujo de aire es la respiración sibilante, habitualmente acompañada de dificultad para respirar y tos. La reversibilidad con medicamentos para el asma se define como la observación directa de la mejoría con ß2 de acción corta-agonistas (BAC) (con o sin corticosteroides orales) por un profesional de la salud durante una exacerbación aguda (método preferido). Sin embargo, en los niños sin sibilancias (u otros signos de obstrucción del flujo aéreo) en el momento de la presentación, la reversibilidad se puede determinar mediante la información fiable del padre de una respuesta sintomática a un ensayo terapéutico de una dosis media de corticosteroides inhalados (con BAC según sea necesario como método alternativo), o bien BAC solamente en caso de presentación de síntomas (método alternativo más débil).

En este taller vamos a abordar de manera práctica cómo encarar el niño pequeño con sibilancias, cuándo y cómo se debe iniciar el diagnóstico, cuándo iniciar un tratamiento y cuándo retirarlo y finalmente y cuándo derivar a un neumólogo-alergólogo pediátrico.

ACLARANDO (O QUIZÁS NO) CONCEPTOS.

Cuando un niño pequeño consulta una y otra vez por síntomas de tos, silbidos del pecho, dificultad respiratoria de mayor o menor intensidad se origina una situación de desconcierto tanto en la familia como en el pediatra que lo atiende y es posible que, si ha sido atendido por varios médicos distintos, se encuentre con diagnósticos diversos como "Broncoespasmo" o "hiperreactividad de las vías respiratorias" en el que se hace hincapié en la fisiopatología de la enfermedad, o bien atendiendo a los síntomas se diagnostique de "Sibilancias" o "tos crónica" o bien se le dan, diagnósticos imprecisos o inapropiados como ("bronquitis sibilante" o silbante feliz", 'bronquitis' recurrente, etc. El problema es que tantos términos distintos para denominar a una misma dolencia, conduce a una confusión que no augura un buen manejo de la enfermedad.

Hace años para no infradiagnosticar el asma se recurrió al término "asma del lactante" que implicaba la presentación de una serie de síntomas *"asthma-like"* que podrían tener una diferente evolución en distintos niños – desaparecer o persistir- a lo largo de los años. Como el sustrato del asma es la inflamación bronquial que puede llevar a una pérdida de la función pulmonar, por fenómenos de remodelado bronquial, desde las primeras edades en los años 90 se preconizó el tratamiento con corticoides inhalados a todos los niños así diagnosticados lo que motivó un sobretratamiento de niños que no lo precisaban.

Una gran cantidad de niños pequeños tienen sibilancias debido a infecciones virales y en un porcentaje elevado dejarán de tenerla a medida que cumplen años y no responden al tratamiento antiinflamatorio convencional del asma, y hay otros que sí responden bien y que suelen persistir a lo largo de los años y que padecerán de asma y que dicha asma ha empezado en estas primeras edades. Ahí está el quid de la cuestión, saber quiénes tienen un asma y por tanto se podrían beneficiar del tratamiento

Los trabajos del grupo de Fernández Martínez en Tucson abrieron nuevos horizontes al proponer fenotipos de sibilancias (para evitar el término asma) que intentaba diferenciar distintas entidades que coincidían en las primeras edades y que podían confundirse con el asma, pero que evolutivamente se podían distinguir entre ellas por unas características diferenciales (sibilancias precoces transitorias, sibilancias persistentes no atópicas y sibilancias atópicas). Fruto de este estudio disponemos de un índice predictivo de asma (IPA) de Castro Rodríguez adaptado por Guilbert (Tabla 1) que tiene sus limitaciones, pero nos permitiría afinar en el tratamiento. Un IPA positivo implica que estaríamos frente a un asma y por tanto con mayor probabilidad sería susceptible de responder al tratamiento del asma.

La ERS ofreció otra clasificación para distinguir aquellos niños que presentaban síntomas ante infecciones víricas que discurrían de forma episódica (sibilancias por virasis) y los que presentaban síntomas episódicos y/o persistentes en relación con ejercicio, alergias e infecciones (sibilancias multidesencadenantes). Tal distinción lleva aparejada una diferente indicación terapéutica y una diferente evolución a lo largo del tiempo. Pero el seguimiento de los niños por diferentes autores ha mostrado también confusión en el sentido de que Brand indicó que tras el seguimiento de un año, el fenotipo había cambiado en muchos niños con sibilancias por virasis a sibilancias por multidesencadenantes y viceversa. Más recientemente datos del estudio ALSPAC indican que, aunque grandes proporciones de niños con EVW y MTW quedaron asintomáticos, aquellos que continuaron con sibilancias mostraron una tendencia a permanecer en el mismo fenotipo. Esto sugiere que SMD, y en menor medida SV, tienden a persistir independientemente de la gravedad de las sibilancias.

¿Y qué podemos concluir de todo esto? Hay que valorar a cada paciente individualmente teniendo en cuenta la presencia de síntomas, para llegar a un probable diagnóstico de asma con el propósito de controlar los síntomas, si es posible, y mejorar la calidad de vida de paciente y familia

Para ello tenemos que realizar una aproximación diagnóstica, indicar un tratamiento y hacer una valoración de la respuesta al tratamiento con el único objetivo a corto plazo de obtener una mejor calidad de vida de los pacientes y su familia sin olvidar de hacer un seguimiento a lo largo del tiempo para ajustar el tratamiento a la situación de paciente. Para esto el último documento de consenso de la Sociedad Torácica Canadiense y la Sociedad Canadiense de Pediatría, vuelve a la consideración de que se puede diagnosticar de asma desde el primer año de vida y ofrece una guía de diagnóstico y tratamiento para su manejo.
Tres enfoques principales han sido históricamente propuestos para hacer un diagnóstico de presunción de asma en niños en edad preescolar: una lista de síntomas sugerentes; la exclusión de diagnósticos alternativos; y un conjunto de características que predicen el asma a los seis años de edad (es decir, cuando tienen la edad suficiente para realizar la espirometría).

Tabla I. *Índice predictivo de asma*

Castro Rodríguez[12]	Guilbert[13]
Criterios mayores	
Historia de asma en algún padre Diagnóstico médico de dermatitis atópica en el niño	Historia de asma en algún padre Diagnóstico médico de dermatitis atópica en el niño Sensibilización alérgica a uno o más aeroalérgenos
Criterios menores	
Rinitis alérgica diagnosticada por un médico Sibilancias no relacionadas con resfriados Eosinofilia en sangre periférica ≥ 4%	Sensibilización alérgica a huevo, leche o frutos secos Sibilancias no relacionadas con resfriados Eosinofilia en sangre periférica ≥ 4%

CRITERIOS CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ASMA EN PREESCOLARES

El asma es un trastorno inflamatorio de las vías respiratorias caracterizado por síntomas episódicos o persistentes como disnea, opresión en el pecho, sibilancias, producción de esputo y tos, asociado con una limitación variable del flujo aéreo y una hiperreactividad de las vías respiratorias a estímulos endógenos o exógenos. Estas características, bien documentadas en niños en edad escolar y adultos, también se aplican a preescolares.
Para el diagnóstico de asma en niños preescolares, en quienes no se puede medir fácilmente la espirometría, se requiere al menos la documentación objetiva de signos (o síntomas notificados convincentemente) de obstrucción del flujo aéreo y reversibilidad de la obstrucción del flujo aéreo (es decir, mejora de los signos y síntomas con medicamentos para el asma, en ausencia de factores clínicos sugestivos de un diagnóstico alternativo

TABLA 2. Criterios de diagnóstico operativo para el asma en niños de 1-5 años de edad

1. Documentación de la obstrucción del flujo de aire	
De elección	Sibilancias documentadas y otros signos de obstrucción del flujo de aire por un médico o un profesional de la salud capacitado
Alternativa	Un informe parental convincente de sibilancias u otros síntomas de obstrucción del flujo de aire
2. Documentación de la reversibilidad de la obstrucción del flujo de aire	
De elección	Mejoría documentada en signos de obstrucción del flujo de aire a BAC ± corticosteroides orales * por un médico o un profesional de la salud capacitado
Alternativa †	Informe parental convincente de la respuesta sintomática a una prueba de 3 meses de una dosis media de CI (con BAC a demanda) *
Alternativa ‡	Informe parental convincente de la respuesta de los síntomas a BAC
3. No hay evidencia clínica de un diagnóstico alternativo	

*En niños con síntomas y exacerbaciones intermitentes leves, el diagnóstico solo se sugiere porque la exactitud del informe parental de una respuesta a corto plazo a agonistas ß 2 de acción corta inhalados (BAC) puede ser poco confiable debido a una percepción errónea y mejoría espontánea de otra afección. Debido a que este es un método de diagnóstico alternativo más débil, se prefiere la confirmación por observación directa cuando se prefiere la sintomática. Corticosteroides inhalados (CI)

Obstrucción del flujo de aire

Las sibilancias son el signo más específico de la obstrucción del flujo de aire que ocurre predominantemente durante la espiración, con una obstrucción creciente del flujo de aire, que se puede oír como silbidos también durante la inspiración hasta que se desaparecen cuando el flujo de aire está muy disminuido. La documentación por un profesional de la salud mediante un estetoscopio es el método de diagnóstico preferido, aunque en muchas ocasiones puede estar ausente. Cuando los padres informan 'sibilancias', es importante verificar qué entienden por tal término ya que a menudo se usa de forma no específica para describir ruidos respiratorios nasales o ruidosos que no están relacionados con el asma (método de diagnóstico alternativo).

Otros signos menos específicos de obstrucción al flujo de aire a menudo se asocian con sibilancias, pero pueden ocurrir en ausencia de sibilancias. En la auscultación, los ruidos respiratorios pueden ser normales durante una obstrucción leve. Con el aumento de la obstrucción del flujo aéreo, los sonidos de la respiración pueden disminuir inicialmente en las bases pulmonares, progresando hasta una disminución generalizada e incluso llegando a ser

inaudible en el asma muy grave. Con el aumento de la obstrucción del flujo de aire, se añaden taquipnea, espiración prolongada, uso de músculo accesorio (p. Ej., tiraje torácico), hipoxemia y, en casos graves, se puede observar un nivel de conciencia alterado (p. Ej., agitación o apatía). La tos es el síntoma más frecuentemente observado, pero no es específico del asma. Aparte de cuando presenta las infecciones respiratorias virales, puede haber también tos crónica que se produce durante el sueño o se desencadena por la exposición a alérgenos, el esfuerzo).

Reversibilidad de la obstrucción del flujo de aire

Una característica distintiva del asma es la reversibilidad de la obstrucción del flujo de aire (es decir, una respuesta clara y oportuna al tratamiento del asma). Más específicamente, la reversibilidad se define mejor como una respuesta documentada a los BAC, con o sin corticosteroides orales (CO) por profesionales de la salud durante una exacerbación aguda (método de diagnóstico preferido). En niños sin signos objetivos de obstrucción al flujo aéreo (es decir, solo síntomas), la reversibilidad puede determinarse mediante el convincente informe de los padres de la respuesta sintomática a un ensayo terapéutico de tres meses de una dosis media de corticosteroides inhalados con BAC a demanda (método de diagnóstico alternativo), o mediante una información fiable que se repite en varias ocasiones de la respuesta a tratamiento con BAC a demanda suministrada por parte de los padres (método de diagnóstico alternativo más débil) (Tabla 2).)

Descartar diagnósticos alternativos

Se debe llevar a cabo una historia médica y un examen físico minuciosos. Deben descartarse las enfermedades que pueden tener presentaciones similares (Tabla 3). Sin embargo no se requieren investigaciones adicionales para el diagnóstico de asma a menos que haya sospecha de un diagnóstico alternativo. Una radiografía de tórax puede estar indicada en instancias específicas para descartar otras causas de sibilancias o comorbilidades.

Tabla 3. Signos/síntomas* que sugieren un diagnóstico alternativo al asma

Signos y / o síntomas	Diagnósticos alternativos
Secreción nasal persistente	Rinosinusitis infecciosa / alérgica †
Estridor; respiración ruidosa peor al llorar, comer, en decúbito supino o con infección respiratoria	Estrechamiento de la vía aérea superior: i. Infección: crup, traqueítis ii. Intrínseca: laringomalacia, estenosis traqueal iii. Extrínseca: anillo vascular, tumor
	Aspiración de cuerpo extraño

Tabla 3. Signos/síntomas* que sugieren un diagnóstico alternativo al asma

Signos y / o síntomas	Diagnósticos alternativos
Inicio agudo de tos, sibilancia o estridor durante la comida o el juego; antecedentes de asfixia, neumonía recurrente en la misma localización	Aspiración de alimentos/contenido gástrico
Primer episodio sibilancias en niños <1 año	Bronquiolitis †
Contacto con enfermos, signos focales en la radiografía de tórax	Neumonía †, atelectasia †, tuberculosis, tos ferina
Paroxismo de tos intensa, asociado a gallo inspiratorio	Tos ferina
Prematuro que necesitó oxígeno suplementario prolongado ± ventilación mecánica	Displasia broncopulmonar
Síntomas desde la infancia, neumonía recurrente, signos focales en la radiografía de tórax	Malformación pulmonar congénita de las vías respiratorias
Tos húmeda crónica, palpitaciones, retraso del crecimiento, neumonía recurrente, inicio en la infancia, ± esteatorrea	Bronquiectasia, fibrosis quística
Insuficiencia respiratoria neonatal, inicio temprano durante todo el año tos diaria y congestión nasal ± situs inversus	Disquinesia ciliar primaria
Tos cuando está en decúbito supino, cuando se está alimentando; vómitos después de la alimentación, malestar abdominal	Enfermedad por reflujo gastroesofágico †
Disfagia, tos provocada por comer / beber	Esofagitis eosinofílica
Intolerancia alimentaria, tos húmeda o respiración ruidosa después de comer	Problema de deglución ± aspiración
Infecciones recurrentes, persistentes, severas o inusuales	Disfunción inmune

Tabla 3. Signos/síntomas* que sugieren un diagnóstico alternativo al asma

Signos y / o síntomas	Diagnósticos alternativos
Soplo cardíaco, insuficiencia cardíaca, cianosis al comer, retraso de crecimiento, taquipnea, hepatomegalia	Edema pulmonar debido a: i. Miocarditis / pericarditis aguda ii. Cardiopatía congénita

*Lista no exhaustiva de signos y síntomas que sugieren posibles diagnósticos alternativos, lo que provocó investigaciones adicionales y / o una gestión diferente en el niño en edad preescolar. Los síntomas y signos enumerados pueden superponerse entre diferentes enfermedades;
†Indica los diagnósticos alternativos más frecuentes a, o comorbilidades asociadas con, asma

DIAGNÓSTICO EN UN NIÑO QUE PRESENTA SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN DEL FLUJO DE AIRE

Cuando un niño presenta sibilancias u otros signos de obstrucción del flujo aéreo, la documentación por parte de un médico (u otro profesional de la salud capacitado) de signos de obstrucción al flujo aéreo y mejoría de estos signos con terapia de asma, en ausencia de sospecha clínica de un diagnóstico alternativo, es el enfoque de diagnóstico preferido. El diagnóstico de asma se basa en recurrencias (≥2) exacerbaciones similares al asma (episodios con signos documentados) o síntomas (informados). En caso de una primera exacerbación similar al asma, se sospecha el diagnóstico de asma y se puede confirmar con la recurrencia de signos o síntomas similares al asma y la respuesta al tratamiento del asma.
La mejoría clínica en los signos de obstrucción del flujo de aire, después de BAC inhalado y / o CO, observada por un profesional de la salud proporciona evidencia directa de reversibilidad. Con un efecto máximo de BAC a los 20 min, se apreciaría una respuesta rápida a una única dosis apropiada de BAC en niños con hallazgos clínicos leves y a dosis repetidas (dos o tres) de BAC administradas durante un período de 60 min en aquellos con obstrucción grave del flujo de aire. Se anticipa una respuesta subóptima a BAC si la mayoría de la obstrucción del flujo de aire no se debe a broncoespasmo (sino más bien a inflamación), particularmente en un niño con asma mal controlada desde hace mucho tiempo. Se espera que la respuesta a los corticosteroides orales comience dentro de las 4 h posteriores a la administración, aunque el efecto máximo se puede documentar después de varios días de tratamiento, que puede ser difícil de distinguir de la mejoría espontánea a lo largo del tiempo.

Documentar la respuesta objetiva a la terapia

La mejoría con el tratamiento del asma puede evaluarse observando los cambios en los signos de la obstrucción del flujo de aire antes y después del tratamiento, reconociendo la respuesta temporal esperada al tratamiento. Uso de medidas objetivas (es decir, saturación de oxígeno en el aire ambiental, frecuencia respiratoria) y / o una puntuación clínica estandarizada, como el *Pulmonary Score*, reduce la subjetividad de la evaluación. La recurrencia de signos de obstrucción después de que hayan caducado los efectos de BAC es confirmatoria.

DIAGNÓSTICO EN UN NIÑO QUE PRESENTA SIN SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN DEL FLUJO DE AIRE

Muchos niños que acuden a la consulta del centro de salud no están gravemente enfermos y su exploración física suele ser normal. En ocasiones, se pueden inducir signos fiables de obstrucción del flujo de aire después de una inspiración profunda o ejercicio. Sin embargo, el examen físico sigue siendo relativamente insensible a la identificación de la obstrucción del flujo de aire, particularmente si la obstrucción es de larga duración. En este caso, la documentación previa de sibilancias u otros signos de obstrucción del flujo de aire por un profesional de la salud, y la mejoría con BAC y / o CO cuando está gravemente enfermo, sustituye de manera aceptable la propia evaluación.

En los niños que no presentan signos de obstrucción al flujo aéreo, se sospecha un diagnóstico de asma si experimentan episodios recurrentes (≥2) con síntomas parecidos al asma y sin signos previamente documentados de obstrucción o reversibilidad del flujo aéreo y sin sospecha de un diagnóstico alternativo. También se sospecha asma si ha habido un solo episodio de obstrucción al flujo aéreo con reversibilidad documentada por un profesional de la salud capacitado sin episodios previos o posteriores con signos o síntomas similares al asma. La confirmación del diagnóstico se puede obtener mediante una prueba terapéutica.

En aquellos niños que experimentan síntomas leves e infrecuentes (<8 días / mes) y solo exacerbaciones leves (de horas a algunos días de duración, sin corticosteroides orales de rescate o ingreso hospitalario), con un informe parental fiable de una respuesta sintomática rápida y repetidamente observada cuando administra BAC a demanda es sugestivo de asma, pero es un método de diagnóstico alternativo más débil. Para una mayor certeza diagnóstica, estos niños deben ser monitorizados y reevaluados por el médico para detectar signos de obstrucción al flujo de aire y reversibilidad cuando están sintomáticos.

En niños con síntomas frecuentes (≥2 días / semana o ≥8 días / mes) o ≥1 exacerbación asmática moderada o grave (es decir, tratados con corticosteroides orales o un ingreso hospitalario), una prueba terapéutica con una dosis diaria media de CI (200 µg a 250 µg - budesonida equivalente) y BAC a demanda administrado por inhalador de dosis medida (MDI), puede ayudar a orientar el diagnóstico.

Se sugiere un ensayo de una dosis media de CI para determinar la reversibilidad de la obstrucción del flujo aéreo porque los ICS diarios son los medicamentos preferidos para controlar el asma tanto para el tratamiento de las exacerbaciones episódicas recurrentes como para los síntomas persistentes del asma, con una eficacia que ha sido buena, según revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios. Debido a que los CI tienen un inicio de acción en el plazo de una a cuatro semanas, y la mayoría de los ensayos demostraron la eficacia de ICS dentro de tres a seis meses, se recomienda una prueba terapéutica mínima de tres meses. En este grupo de edad, la budesonida y la fluticasona se han estudiado de forma más exhaustiva y se ha demostrado que son clínicamente eficaces, con fluticasona con menos efecto sobre el crecimiento que el dipropionato de beclometasona y la budesonida a dosis equivalentes.

Documentando la respuesta sintomática a la terapia

Una prueba terapéutica concluyente depende de la adherencia a la medicación para el asma, la técnica de inhalación adecuada, la documentación correcta de los signos y / o síntomas, y la reevaluación médica oportuna. Debido a que es más fácil de interpretar, la prueba terapéutica debe realizarse preferiblemente durante la temporada cuando el niño está con más síntomas. Para documentar un cambio en la frecuencia y gravedad de los síntomas entre y durante las exacerbaciones similares al asma, aconsejamos la supervisión paterna prospectiva de los

elementos clave del control del asma, incluidos los síntomas diurnos y nocturnos, el uso de SABA de rescate, la limitación del esfuerzo, el ausentismo de las actividades habituales y exacerbaciones que requieren visitas médicas no programadas, corticosteroides orales y / o ingreso hospitalario. Conviene usar un diario para evitar un recuerdo incorrecto, aunque puede estar sujeto a datos faltantes o falsificados. La confiabilidad del informe de los padres sobre la respuesta al tratamiento con ICS no se ha examinado ni se ha probado formalmente la capacidad de este enfoque para distinguir con precisión a los niños con asma de los que no la tienen en el ámbito comunitario; sin embargo, el informe de los padres se usa ampliamente en ensayos clínicos de ICS que muestran eficacia en niños en edad preescolar. Reconociendo que la adherencia de los padres al control diario y la finalización del diario disminuyen mucho con el tiempo, es recomendable al menos un seguimiento inicial aproximadamente a la mitad (seis semanas) durante el ensayo.

Se requiere una mejoría clara y constante en la frecuencia y gravedad de los síntomas y / o exacerbaciones durante una prueba terapéutica de medicación controladora del asma para confirmar la reversibilidad de la obstrucción del flujo de aire. La magnitud del cambio requerido para cumplir con la definición de una respuesta clínica satisfactoria no se ha examinado formalmente. Sin embargo, según los ensayos de dosis medias de CI diario, se espera una reducción de aproximadamente el 50% en el número de exacerbaciones que requieren corticosteroides orales (RR 0,57 [IC 95%: 0,40 a 0,80]), con una duración más corta y gravedad de las exacerbaciones y menos síntomas entre las exacerbaciones. La reversibilidad también podría ser sugerida por los informes fiables y repetidos por parte de los padres de una respuesta rápida a corto plazo a los BAC cuando están con síntomas. Debemos ser conscientes de que la percepción de niños y adultos de la respuesta broncodilatadora puede ser poco fiable, y la mejoría a corto plazo puede ser espontánea o debido al curso natural de una enfermedad distinta. Si un ensayo llevado a cabo satisfactoriamente no es concluyente, debe reconsiderarse la presencia de una comorbilidad y / o un diagnóstico alternativo.

REEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS TRAS ELIMINAR TRATAMIENTO

En niños con síntomas leves e infrecuentes y episodios leves con signos similares al asma en los que no está clara la mejoría con un ensayo terapéutico, se sugiere un período de observación después de suspender el tratamiento durante tres a seis meses o hasta la recurrencia de los síntomas, lo que ocurra primero. El informe de los padres de la agravación de los síntomas al suspender la terapia es sugerente del diagnóstico de asma.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NEUMOLOGÍA/ALERGOLOGÍA

Se hará una derivación motivada según los siguientes puntos:

- Incertidumbre diagnóstica o sospecha de comorbilidad
- Las exacerbaciones repetidas (≥2) que requieren la administración corticosteroides orales o la hospitalización o síntomas frecuentes (≥8 días / mes) a pesar de dosis diarias medias de corticosteroides inhalados
- Ingreso en unidad de cuidados intensivos
- Necesidad de pruebas de alergia para evaluar el posible papel de los alérgenos ambientales si no se dispone de ellas
- Otras consideraciones (ansiedad de los padres)

TRATAMIENTO

Una vez confirmado el diagnóstico de asma, las familias y cuidadores deben recibir educación sobre el asma que incluya un plan escrito de autocontrol que favorezca la adherencia a los medicamentos para el asma e inhalador apropiado con instrucciones de la técnica del espaciado. Para niños de uno a tres años de edad, se prefiere un espaciador con una máscara facial de tamaño correcto. Para niños de cuatro a cinco años de edad, se recomienda utilizar un espaciador con una boquilla si el niño puede sellar bien la boquilla con sus labios y respirar por la boca. Evitar los irritantes, como el humo del cigarrillo, es importante así como los aeroalérgenos ambientales si el niño está sensibilizado.
Los CI son el tratamiento de elección para niños que presentan síntomas persistentes (> 8 días / mes) y / o exacerbaciones moderadas o graves (es decir, empleo de corticosteroides orales o ingreso hospitalario). Si el paciente ha recibido una prueba terapéutica con una dosis media de CI, esto implica bajar la dosis una vez que se ha conseguido el control hasta la dosis más baja en que se haya conseguido mantener el control.

Hasta que se disponga de más evidencia que respalde su efectividad, no se recomiendan y / o se deben evitar las siguientes tres estrategias de uso común: antagonistas diarios del receptor de leucotrienos, que son menos efectivos que ICS y deben seguir siendo una opción de segunda línea; aumentar la dosis diaria de CI durante u catarro de vías altas, que aún no se ha probado en preescolares; y el uso intermitente de medicamentos para el control del asma al comienzo de los síntomas (p. ej., montelukast o dosis bajas o medias de ICS) que no se ha demostrado convincentemente que reduzcan el número o la gravedad de las exacerbaciones del asma. Por el contrario, el uso de dosis altas preferentes de ICS al inicio de los síntomas es eficaz para reducir la gravedad y la duración de las exacerbaciones en niños preescolares con asma inducida por virus moderada o grave; sin embargo, debido al riesgo de un uso excesivo y sus posibles efectos secundarios, este tratamiento debe reservarse para casos especiales, si falla el CI a diario y bajo seguimiento coordinado con el neumólogo pediátrico. Los niños con síntomas leves e infrecuentes (≤8 días / mes) y sin exacerbaciones o una leve (es decir, sin corticosteroides orales de rescate o horas de ingreso a unos pocos días), puede ser suficiente con BAC a demanda para mantener el control, pero no se debe perder el seguimiento y conviene valorarlo cada 3 meses al menos.

SEGUIMIENTO

El control del asma debe evaluarse cada tres o cuatro meses con los mismos criterios que para los niños en edad escolar y los adultos. Una exacerbación que requiera el rescate de corticosteroides sistémicos o la hospitalización es una indicación de manejo subóptimo y debe impulsar una reevaluación. Una vez que se ha mantenido el control adecuado durante los tres meses anteriores a la reevaluación, a pesar de la exposición a los desencadenantes de asma inevitables típicos del niño (p. Ej., URTI, aire frío), se debe considerar gradualmente reducir su medicación a la dosis efectiva más baja. Dado el alto índice de resolución de los síntomas en este grupo de edad, se puede intentar suspender el medicamento cuando los síntomas son mínimos con una dosis baja de ICS o bien esperar al inicio de la temporada cuando el niño suele estar sintomático, esperar a ver si comienza de nuevo con síntomas, si anteriormente fueron leves, o bien una dosis pequeña inicial sin presentaron síntomas graves en la temporada anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spycher BD, Cochrane C, Granell R, Sterne JAC, Silverman M, Pedersen E et al. Temporal stability of multitrigger and episodic viral wheeze in early childhood. Eur Respir J. 2017 2 de noviembre; 50 (5). pii: 1700014. doi: 10.1183 / 13993003.00014-2017.
2. Ducharme FM, Tse SM, Chauhan B. Diagnosis, management, and prognosis of preschool wheeze. Lancet. 2014; 383: 1593-604
3. Ducharme FM , Dell SD , Radhakrishnan D , Grad RM , Watson WT , Yang CL , et al. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position paper. Paediatr Child Health. 2015; 20: 353-71.
4. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. Efficacy of inhaled corticosteroids in infants and preschoolers with recurrent wheezing and asthma: A systematic review with meta-analysis, Pediatrics. 2009; 123: e519-e525
5. Bisgaard H, Hermansen MN, Loland L, Halkjaer LB, Buchvald F. Intermittent inhaled corticosteroids in infants with episodic wheezing, N Engl J Med. 2006; 354: 1998-2005
6. Nwokoro C, Pandya H, Turner S, et al. Intermittent montelukast in children aged 10 months to 5 years with wheeze (WAIT trial): A multicentre, randomised, placebo-controlled trial, Lancet Respir Med. 2014; 2: 796-803
7. Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Castillo Laita JA. Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DTGVR-4) [consultado 1/12/2017]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
8. Fitzpatrick AM, Jackson DJ, Mauger DT, Boehmer SJ, Phipatanakul W, Sheehan WJ, et al. Individualized therapy for persistent asthma in young children. J Allergy Clin Immunol. 2016;21:21.
9. Cobos N. Asma: del síntoma al remodelamiento. An Pediatr. 2003;58(Supl 1):89-96.
10. Smith SR, Baty JD, Hodge D. Validation on the pulmonary score: an asthma severity score for children. Acad Emerg Med. 2002;9:99-104.
11. Úbeda Sansano MI. Tratamiento de las sibilancias recurrentes. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2017;(26):27-34.

Actualización en Salud Mental Infantil

Protocolo de Abordaje del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad) en el Sistema Sanitario Público de Andalucia

Rufino Hergueta Lendínez
Pediatra AP
Unidad de Gestión Clínica Pino Montano B (Sevilla).
rufinohergueta@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?
Hergueta Lendínez, Rufino
Actualización en Salud Mental Infantil
Protocolo de abordaje del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P 97-102

En 2017 la Consejería de Salud de Andalucía publica y difunde el Protocolo de Abordaje del TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Con la puesta en marcha de este protocolo que canaliza el flujo de las intervenciones en el sistema sanitario andaluz, de manera coordinada y colaborativa con el sistema educativo, se pretende mejorar la calidad y la continuidad de la intervención que se realiza en los niños y niñas con TDAH en Andalucía, facilitando la detección y el diagnóstico precoz, reduciendo la variabilidad y determinando las acciones más efectivas a realizar en cada momento y por los profesionales que deben llevarlas a cabo.

En este documento haremos un resumen de los aspectos más importantes del TDAH tomando como referencia el reciente protocolo publicado por la consejería.

EL TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que origina un patrón persistente de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Hay personas que son predominantemente hiperactivas y otras son predominantemente o solo inatentas. Tener un TDAH es un factor de riesgo evolutivo para quien lo padece y para su familia: problemas de conducta, problemas de comunicación social, problemas de aprendizaje, psicopatología comórbida, baja autoestima, mayor riesgo de accidentes y consumo de tóxicos.

Se estima que alrededor de un 5% de los niños en edad escolar cumplen criterios diagnósticos de TDAH, con un claro predominio por el sexo masculino. La mayoría de ellos, hasta un 75%, tienen antecedentes familiares, es decir hay un fuerte componente genético. Aproximadamente un tercio mejorarán con la edad y sus síntomas desaparecerán; en el resto pueden quedar síntomas residuales más o menos intensos durante la adolescencia e incluso la edad adulta. Existen estudios que demuestran que los adolescentes y los adultos con TDAH tienen una menor progresión en los estudios y consiguen trabajos de menor cualificación que los que no tienen TDAH. Los accidentes son más frecuentes en las personas con TDAH. Así pues el TDAH puede afectar seriamente la calidad de vida de quienes lo padecen.

El protocolo propone usar el cuestionario de evaluación o **detección precoz** del TDAH basado en la primera recomendación de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Pediatría ante la sospecha diagnóstica. Si el resultado el positivo se aconseja iniciar valoración y estudio en profundidad.

El **diagnóstico** del TDAH es clínico. Se basa en la historia clínica, en la confirmación de los síntomas y en el grado de disfuncionalidad que producen en el niño. Actualmente no hay ninguna prueba

complementaria definitiva en el diagnóstico del TDAH. A través de los cuestionarios obtenemos información muy valiosa pero estos no nos dan el diagnóstico definitivo. Para evitar sesgos la información se debe obtener de varios informantes (niño o niña, padres, profesores, cuidadores), varios ámbitos (familia, escuela, actividades extraescolares) y varios métodos (historia clínica, entrevista, escalas, observación directa). La **historia clínica** es la columna vertebral de la evaluación y debe ser lo más detallada posible para conocer todos los aspectos del desarrollo, salud, factores psico-socio-familiares del niño, además de los síntomas específicos del TDAH. El modelo de historia clínica que se propone es el elaborado por el grupo de trabajo de TDAH y trastornos del aprendizaje de la asociación andaluza de pediatría de atención primaria disponible en www.pediatrasandalucia.org.

A través de la **exploración clínica** se deben evaluar otras condiciones médicas que podrían explicar los síntomas: fenotipo, rasgos dismórficos, exploración sensorial, neurológica y cardiovascular así como signos de maltrato. Es muy importante la somatometría: peso, talla, perímetro craneal, frecuencia cardiaca y tensión arterial. Sólo es necesario solicitar pruebas analíticas o de imagen cuando exista sospecha de enfermedad orgánica: anemia, hipotiroidismo, rasgos dismórficos o exploración neurológica anormal.

Las **pruebas neuropsicológicas** y cognitivas son útiles para conocer el perfil de funcionamiento cognitivo y la comorbilidad, pero no son imprescindibles para el diagnóstico clínico. Siempre que se pueda se debe hacer una **evaluación psicopedagógica** por el equipo de orientación educativa (educación primaria) o el departamento de orientación (educación secundaria) del centro educativo; ésta se considera especialmente importante cuando haya un bajo rendimiento académico y/o deficiencias en áreas específicas como la lectoescritura, el lenguaje o sospecha de discapacidad intelectual. No debemos olvidar investigar las fortalezas y habilidades del niño, los aspectos que le ilusionan y le motivan, no sólo sus debilidades.

En cuanto a los **criterios diagnósticos** del TDAH, en la actualidad la mayor parte de la comunidad científica acepta dos clasificaciones.

Por un lado está la clasificación internacional de las enfermedades **CIE-10 (1992)** que habla de trastornos hiperquinéticos, dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Para esta clasificación el paciente con TDAH debe tener síntomas de inatención (al menos 6), de hiperactividad (al menos 3) y de impulsividad (al menos 1). El inicio del trastorno no se produce después de los 7 años. No reconoce el TDAH con predominio de déficit de atención. El paciente no puede cumplir criterios diagnósticos de trastorno generalizado del desarrollo.

Por otro lado tenemos el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría **DSM-5 (2013)**. Esta clasificación incluye el TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Agrupa los síntomas en dos grupos: inatención (9) e hiperactividad-impulsividad (9). Debe existir un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiera con el funcionamiento o desarrollo del niño y los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Distingue tres presentaciones: TDAH tipo combinado (seis o más síntomas de inatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad); TDAH con predominio de falta de atención (seis o más síntomas de inatención pero no hay seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad) y TDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad (seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad pero no hay seis o más síntomas de inatención). Los síntomas han de estar presentes antes de los 12 años. Identifica y define diferentes niveles de gravedad en función de la intensidad de los síntomas:

leve, moderado y grave. El TDAH se puede diagnosticar en una persona con trastorno del espectro autista.

Ambas clasificaciones coinciden en que los síntomas deben darse en más de una situación (hogar, colegio y otros ambientes) y deben ocasionar un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral. El TDAH es un trastorno dimensional, es decir, los síntomas no son en sí mismos una manifestación anormal. El cumplimiento del criterio diagnóstico viene dado porque los síntomas se presentan con una frecuencia e intensidad que son desadaptativas para el funcionamiento del niño y no se corresponden con su nivel de desarrollo.

Es necesario hacer un correcto **diagnóstico diferencial** con otras enfermedades cuyos síntomas se pueden confundir con los del TDAH. Trastornos psiquiátricos : trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la vinculación reactiva, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno de disregulación del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos por abuso de sustancias y trastornos del espectro autista. Trastornos neurológicos: trastornos específicos del aprendizaje, trastornos del desarrollo intelectual, epilepsia y trastorno de la coordinación motora. Otros trastornos médicos: encefalopatía postraumática o postinfecciosa, complicaciones perinatales, cromosomopatías, trastornos del espectro alcohólico fetal, trastornos del sueño, trastornos sensoriales, disfunción tiroidea, anemia ferropénica, síntomas de TDAH inducidos por medicamentos. Factores ambientales: estrés, negligencia, abandono, abuso, malnutrición, sobreestimulación, inconsistencia en pautas educativas y de conducta, entorno familiar disruptivo o caótico.

Más de la mitad de los pacientes con TDAH cumplen criterios diagnósticos de otros trastornos **comórbidos** siendo los más frecuentes: trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno específico del aprendizaje, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de tics y trastorno del espectro autista. Durante la evaluación clínica se debe investigar la existencia de estas otras condiciones médicas que son condicionadas por el propio TDAH.

El objetivo prioritario del **tratamiento** es la reducción o eliminación de los síntomas nucleares del trastorno y la mejora del rendimiento funcional a nivel familiar, escolar y social. El tratamiento multidisciplinar es el que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento del TDAH al combinar terapia farmacológica, psicológica y psicopedagógica.

En las formas leves de TDAH siempre se debe empezar por un **tratamiento psicológico y psicopedagógico** y reevaluar pasados unos meses para ver su eficacia. En atención primaria es fundamental la psicoeducación: se debe informar sobre el cuadro al paciente, a su familia y al colegio, recomendar pautas de actuación para mejorar habilidades sociales, los problemas de conducta y los problemas de aprendizaje. A nivel educativo se debe ofrecer apoyo psicopedagógico y adaptación curricular según las necesidades de cada caso. A nivel de salud mental se debe valorar programas grupales de formación/educación para padres y cuidadores, tratamiento psicológico grupal como terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales y en los niños de mayor edad valorar tratamiento psicológico individual.

La decisión de iniciar el **tratamiento farmacológico** debe basarse en la confirmación diagnóstica, que los síntomas sean lo suficientemente importantes, valorando posibles efectos secundarios, el riesgo de no tratar y la opinión del paciente y su familia una vez que ha sido informada de los beneficios y los posibles efectos secundarios. El tratamiento farmacológico puede ser necesario en un elevado número de casos de TDAH moderados y graves como complemento al tratamiento

psicológico y psicopedagógico. Los fármacos actúan modulando y mejorando el comportamiento y la capacidad de aprendizaje del niño mientras los toma, es decir no se plantean como un tratamiento curativo definitivo. Los fármacos más utilizados son los psicoestimulantes (metilfenidato y lisdexanfetamiana) y los no psicoestimulantes (atomoxetina y guanfacina). Antes de iniciar un tratamiento farmacológico con psicoestimulantes se debe hacer una historia clínica y exploración cardiovascular y anotar en la historia clínica del paciente la ausencia de antecedentes de muerte súbita en la familia y la ausencia de antecedentes personales de síncope, fatiga o respuesta anómala al ejercicio físico.

El **metilfenidato** es el fármaco de primera elección para el tratamiento del TDAH. Está indicado a partir de los 6 años de edad. Actúa inhibiendo la recaptación de dopamina y noradrenalina. Es efectivo en un 70-80 % de los casos; es decir hay un 20-30 % de pacientes que no responderán. La dosis es individual y varía desde 0,5 hasta 2 mg por kilo/día. La mayoría de los pacientes suelen responder adecuadamente a dosis alrededor de 1 mg/kg/día. Se empieza con dosis pequeñas y se va incrementando progresivamente según la respuesta obtenida que es variable según cada individuo. Los efectos secundarios más habituales son: pérdida de apetito, insomnio, irritabilidad, aparición o empeoramiento de tics, elevación leve de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Existe varias presentaciones de metilfenidato (liberación inmediata, modificada y prolongada) con una duración del efecto desde cuatro horas hasta doce horas.

El otro fármaco psicoestimulatante usado en el tratamiento del TDAH en España es la **lisdexanfetamina**, un profármaco compuesto por lisina más dextroanfetamina que es el principio activo. Actúa inhibiendo la recaptación y aumentado la liberación al espacio sináptico de dopamina. La duración del efecto es de unas 13 horas. Está indicado en pacientes con TDAH mayores de 6 años que no han respondido al tratamiento previo con metilfenidato. Requiere visado por especialista hospitalario. Se da una dosis matutina única. La dosis depende de la respuesta clínica, no del peso ni la edad. Los efectos secundarios son similares a los del metilfenidato.

La **atomoxetina** es un fármaco no psicoestimulante usado en el tratamiento del TDAH. Actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina. Está especialmente indicado cuando el TDAH no responde al metilfenidato o éste no se tolera y cuando hay asociado un cuadro de tics, abuso de drogas, ansiedad o depresión. El comienzo de acción es más lento y no se notan los efectos hasta pasadas entre ocho y doce semanas. La dosis inicial es de 0,5 mg/kg/día; se incrementa semanalmente hasta llegar a 1,2-1,5 mg/kg/día (dosis máxima 100mg/día). Los efectos secundarios más habituales son: dolor de estómago, pérdida de apetito, somnolencia y elevación leve de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. Se han comunicado casos de elevación de las transaminasas e ideación suicida. No requiere visado ni receta por especialista hospitalario.

A principios de 2017 se ha comercializado en España otro fármaco no psicoestimulante para el tratamiento del TDAH: la **guanfacina**. Es un agonista selectivo de los receptores alfa2adrenérgicos y parece actuar modulando y mejorando la transmisión sináptica de noradrenalina en la corteza prefrontal y los ganglios de la base. La tasa de respuesta es menor que la de los psicoestimulantes. Se considera un fármaco de segunda línea cuando no hay respuesta al metilfenidato ni la atomoxetina o no se toleran. Puede provocar hipotensión, bradicardia, somnolencia, sedación y prolongación del Q-T. Es un fármaco que sólo puede indicar un especialista hospitalario.

Al mes, a los tres meses y posteriormente al menos cada seis meses se hará una **evaluación** de los síntomas y un reajuste del tratamiento farmacológico si fuese necesario. Igualmente se hará un control de peso, talla, frecuencia cardiaca y tensión arterial y se debe preguntar por la aparición de **efectos secundarios:** anorexia, pérdida de peso, dolor de estómago, insomnio, irritabilidad, disforia, hipertensión arterial, taquicardia, tics y cefalea. La gestión de estos efectos

secundarios cuando aparecen pasa por reducir la dosis, utilizar fármacos de menor duración, considerar un fármaco alternativo o limitar su uso a necesidades de alta prioridad. Hay condiciones médicas que contraindican el tratamiento farmacológico con psicoestimulantes (hipertiroidismo, hipertensión arterial, glaucoma, psicosis, cardiopatía estructural, feocrocitoma, trastorno bipolar grave) y no psicoestimulantes(glaucoma, feocromocitoma, trastornos graves cardiovasculares o cerebrovasculares).

Existen diversos tratamientos que no han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TDAH: metrónomo interactivo, método tomatis, terapia sacro-craneal, videojuegos psicoterapéuticos, terapia visual, homeopatía, acupuntura, dietas de exclusión, psicoterapia, ácidos grasos omega 3 y neurofeedback.

Se realizarán visitas de seguimiento para lograr el "tratamiento óptimo", definido como aquel capaz de producir cambios de estilo de vida, remisión de síntomas y disminución o normalidad de la disfunción y mejor calidad de vida. La disfuncionalidad debe ser objetivada mediante escalas como por ejemplo SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) o WFIRS (Weiss Functional Impairment Rating Scale) que evalúan el resultado funcional expresado en la mejora del rendimiento escolar o el comportamiento social, tanto a corto como a largo plazo.

En el plazo máximo de seis meses se debe realizar un **informe clínico** para la familia y para el centro escolar.

La **derivación** desde atención primaria hacia atención especializada se debe realizar en las siguientes situaciones:

- Necesidad de iniciar tratamiento psicológico, por no existir mejoría tras la instauración de medidas generales consensuadas
- Dificultades para el diagnóstico y/o el diagnóstico diferencial
- Cuando exista comorbilidad compleja difícil de manejar
- Falta de respuesta al tratamiento correctamente instaurado
- Evolución tórpida tras instaurar las medidas protocolizadas
- Casos con síntomas graves

La **falta de respuesta al tratamiento** puede deberse a un diagnóstico incorrecto, objetivos poco realistas, la existencia de un trastorno coexistente que no se está tratando, la falta de adherencia al régimen de tratamiento o bien que el tratamiento psicológico, psicopedagógico o farmacológico sean insuficientes.

El **periodo de transición** de la infancia a la adolescencia es especialmente crítico para los adolescentes con TDAH y trastornos asociados que a menudo experimentan un vacío asistencial con niveles reducidos de apoyo. Lo deseable es que la transición sea flexible, coordinada y formal (registrar en la historia clínica un resumen) y que responda a las necesidades del adolescente y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. Pediatrics 2011;128;1007. Disponible en: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/128/5/1007.full.pdf
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007;46(7):894Y921.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Barkley RA: Attention-deficit hyperactivity disorder. A Handbook for diagnosis and treatmen.Third Edition. The Gilford Press, London 2006.
5. Brown TE. Executive functions and attention déficit hiperactivity disorder: implications of two confliting views. International Journal of Disability, Development and Education. 2006 March; 53, (1): 35–46
6. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CADDRA, 2011. Disponible en: http://caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf
7. Catalá-López, F. Peiró S. Ridao. M. Sanfélix-Gimeno G. Gènova-Maleras R. Catalá M.A.Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry 2012, 12:168.
8. Cortese S, Roselló-Miranda R. Tratamientos para niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿cuál es la base de la evidencia hasta ahora? Rev Neurol 2017; 64(Supl 1): S3-7.
9. Dalsgaard S. et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention déficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. Lancet 2015; 385: 2190–96
10. Fernández-Jaén A. et al. Disfunción en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: evaluación y respuesta al tratamiento. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S79-84.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Défi cit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Défi cit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d´Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.
12. Hodgkins, P. Setyawan, J. Mitra, D. Davis, K. Quintero, J. et al. Management of ADHD in children across Europe: patient demographics, physician characteristics and treatment patterns. Eur J Pediatr 2013; 172:895–906
13. Lora Espinosa, A. Diaz Aguilar. M.J. y Grupo de Trabajo TDAH-APAap. Accidentes y trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en escolares de 6 a 14 años de Andalucía. Conocer sus características, primer paso para su prevención. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/premiosaludinvestiga/anteriores/2010/PREMIOS_SALUDINVESTIGA.pd
14. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder. Quality standard 2013 (QS39). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/qs39/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder- 2098614641605
15. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder overview 2016. Disponible en: https://pathways.nice.org.uk/pathways/attention-deficit-hyperactivity-disorder
16. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
17. Polanczyk GV et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol. 2014 Apr;43(2):434-42.

Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia

Acompañando en AP desde el respeto a la diversidad de género

José Emilio Callejas Pozo
Pediatra AP
Centro de Salud "La zubia". Granada
jecallejas@telefonica.net

¿Cómo citar este artículo?
Callejas Pozo, José Emilio
Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia
Acompañando en AP desde el respeto a la diversidad de género
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.103-110

Introducción

El concepto de identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente profundamente y está generalmente acompañada del deseo de vivir y recibir aceptación como miembro de dicho género e incluso del deseo de modificar, mediante métodos hormonales en el caso de la infancia y adolescencia, el propio cuerpo, para hacerlo lo más congruente con el sexo-género sentido como propio.

La transexualidad es una variante más de la diversidad humana, que se puede manifestar desde la más temprana infancia y que, en ocasiones, requiere de algunas actuaciones en el ámbito sanitario que ayuden a transitar por rutas seguras y eficaces para el logro de un confort personal duradero con sus expresiones e identidades de género, que les permita maximizar su salud general, su bienestar psicológico y su realización personal. El desarrollo en niñas, niños y adolescentes, es un proceso rápido y dramático (físico, psicológico y sexual), pudiendo haber una mayor fluidez y variabilidad en los resultados de la atención que se de, en particular en niños y niñas que aún no han pasado por la pubertad. Es por esto que sea tan importante en esta etapa de la vida mantener una especial atención a los deseos de transitar por los géneros por parte de la familia, colegio, entorno social…desde el momento más precoz posible, que permita respeto absoluto en el tránsito que se lleve a cabo. Se convierte en una obligación moral ante la diversidad y la dignidad de las personas y se debe abordar en el marco de la despatologización. Todo esto desde una perspectiva de atención psico-social y médica que tenga en cuenta todos los ámbitos en los que desarrollan l*s niñ*s y adolescentes.

Desde la atención dada en esta etapa de la vida, nos planteamos una serie de objetivos dirigidos a que la evolución de est*s niñ*s y adolescentes se lleve a cabo de forma adecuada e integrada en una perspectiva que integre todos los ámbitos de su desarrollo:

- El Psicológico: vigilando y dando respuesta a las señales de alerta de salud mental infanto-juvenil y de las situaciones de discriminación, bullying y violencia transfóbica.
- El Social: creando espacios seguros donde se lleve a cabo su desarrollo en todos los círculos: familia, barrio-ciudad, colegio…
- El Corporal: dando respuesta a los deseos de cambio que tengan en relación a su aspecto

físico con la posibilidad, si lo desean al inicio de la pubertad, de recibir tratamiento hormonal para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados mediante bloqueadores de la pubertad, y/o tratamiento hormonal cruzado para propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados cuando se evidencie que el desarrollo corporal del menor no corresponde con el de su identidad de género.

¿Cuáles son los derechos de las personas transexuales en el SSPA (recomendaciones clave para las personas transexuales y familiares)

Las personas transexuales desde la perspectiva de la atención en el SSPA, y en base a la ***Ley 2/2014, de 8 de julio integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía***, se les reconoce una serie de derechos en base a los cuales se debe llevar a cabo su atención sanitaria:

1. La orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas.
2. La persona podrá decidir libremente sobre la determinación del género con el que se identifican, con todas las consecuencias, manifestaciones y efectos que esta decisión conlleva; a saber:
    - Poder modificar, en su caso, mediante los recursos sanitarios disponibles el propio cuerpo para conseguir una apariencia lo más congruente posible con el sexo-género con el que se identifica.
    - Poder adoptar un modo de vida personal y social igualmente congruente y correspondiente a esta identidad.
    - Tener derecho a un trato igual a las demás personas en todos los ámbitos, sin que en ningún caso sea discriminatorio.
3. Recibir una atención sanitaria ajustada a las nuevas expectativas sociales, garantizando, en todo caso, los principios de seguridad, calidad y accesibilidad.
4. El trato que reciba la persona debe estar basado en el respeto de su identidad de género manifestada, con el nombre elegido por él/ella y/o padres o tutores.
5. En la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) debe estar actualizada su identidad de género y su nombre manifestado; en el caso de no estar modificado, se le informará de esta posibilidad.
6. La consulta se debe desarrollar en un entorno de privacidad y confidencialidad. La actitud del profesional debe ser facilitadora para responder a dudas o demandas que manifiesten la persona, los padres o tutores, actuando con competencia apropiada y mostrando la sensibilidad requerida a la atención. En la consulta se deben concretar las demandas de la familia y/o el/la menor para responder a sus necesidades, en función de su edad y entorno.
7. Se considerarán, de manera individualizada, con la persona, los padres o tutores la oportunidad de hacer una interconsulta a la Unidad de Salud Mental Comunitaria para asesoramiento, acompañamiento, valoración del sufrimiento y ante dudas sobre la autentificación de la identidad sexual.
8. No se aplicarán códigos diagnósticos de enfermedad a la transexualidad.
9. Cuando un menor precise someterse a una actuación de grave riesgo para su vida o su salud, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.
   En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o por representación, **la decisión deberá**

adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente

Y es muy importante recordar lo que no se debe hacer ("what not to do"):
…Aplicar códigos diagnósticos de enfermedad a la transexualidad.
…Establecer como requisito previo a la terapia hormonal, la valoración por la Unidad de Salud Mental.

Atención en la Consulta de Pediatría de Atención Primaria

La atención se tiene que llevar a cabo desde una actitud de respeto a la Diversidad de Género. Este respeto se debe materializar en 3 puntos fundamentales:

- La Base de Datos de Usuarios debe estar actualizada con su identidad de género y su nombre manifestado. En el caso de no estar modificado, se le informará de esta posibilidad.
- El trato debe basarse en el respeto a su identidad de género manifestada, dirigiéndose al niño/a o adolescente con el nombre elegido por él/ella y/o padres o tutores.
- La atención se deber realizar en un entorno de privacidad y confidencialidad en consulta, manifestando una actitud facilitadora para responder a dudas o demandas que manifiesten la persona, los padres o tutores, actuando con competencia apropiada y mostrando la sensibilidad requerida a la atención

De esta forma, debemos empezar por **Definir la Demanda** mediante entrevista para concretar las demandas de la familia y/o el/la menor para responder a sus necesidades, en función de su edad y entorno. En esta, tenemos que valorar los comportamientos referidos por la persona menor, sus padres o tutores:

- Expresión de la identidad sexual o de género distinta a la asignada al nacer.
- Preferencia por roles, nombre y género identificativos, ropas, juguetes y juegos que se asocian comúnmente con un sexo distinto del asignado al nacer.
- Rechazo a los roles, juegos, etc. socialmente tipificados como los propios del sexo asignado al nacer.
- Sentimientos de infelicidad.
- Falta de concentración, miedos e irritabilidad relacionados con su identidad sexual asignada al nacer.

Además tendremos en cuenta los **aspectos biográficos familiares, escolares y sociales:**

- Biografía del/la menor o adolescente y su historia psicosocial y familiar, identificando hechos relevantes acerca de la identidad de género manifestada.
- Valoración del grado de apoyo y/o respeto a la identidad sexual por parte de los padres o tutores.
- Igualmente el grado de apoyo y/o respeto a la identidad sexual en el ámbito escolar.
- Conocimiento y/o contactos previos por parte de padres o tutores con asociaciones relacionadas con menores transexuales.

Se deben llevar a cabo actividades de promoción, prevención y detección precoz, dirigidas a evitar la discriminación, valorando factores de riesgos psicopatológicos y señales de alerta de salud mental infanto-juvenil. Se debe realizar entrevista dirigida a concretar:

- Vivencia de ansiedad o depresión.
- Fracaso escolar.
- Autolesiones.
- Ideaciones suicidas.
- Trastorno del espectro autista.

Es preciso considerar, de manera individualizada, con la persona, los padres o tutores si hubiera necesidad de hacer una interconsulta a la Unidad de Salud Mental Comunitaria para asesoramiento, acompañamiento, valoración del sufrimiento y ante dudas sobre la autentificación de la identidad sexual. No obstante, debemos tener en cuenta que la valoración por parte de salud mental no es un requisito para la terapia hormonal ni para otros tipos de actuaciones (cambio de nombre en colegio, en base de datos del Sistema Sanitario…).

Además, es importante trabajar conjuntamente con Trabajo Social, dentro del Equipo de atención, valorando posibles factores sociales que pudieran condicionar la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria; dicha valoración se debe realizar de manera individualizada, con la persona, los padres o tutores, teniendo en cuenta las situaciones concretas.

Y… ¿QUE ES EL ACOMPAÑAMIENTO?

En la consulta de AP lo que se debe llevar a cabo fundamentalmente es un acompañamiento al menor y a la familia. Este consiste en dar información sobre la evolución de la identidad sexual desde la infancia hasta la edad adulta, recomendando la escucha, el respeto y el respaldo familiar para facilitar su aceptación y así permitir el libre desarrollo de una personalidad plena, evitando sentimientos de rechazo, ansiedad o aislamiento:

- Información sobre las opciones de tratamiento y sus implicaciones.
- Asesoramiento familiar para ayudarles a satisfacer las necesidades de sus hijos de una manera sensible y cuidadosa, asegurándose de que el/la niño/a tenga amplias posibilidades de explorar sus sentimientos y comportamientos de género en un ambiente seguro.
- Sugerencias para mantener un entorno seguro y de apoyo en la transición.

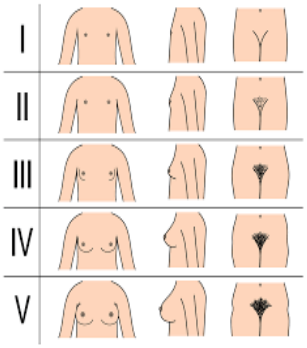
Se informará, específicamente, sobre la posibilidad de recibir tratamiento hormonal para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados mediante bloqueadores de la pubertad, y/o tratamiento hormonal cruzado para propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados cuando se evidencie que el desarrollo corporal del menor no corresponde con el de su identidad sexual.

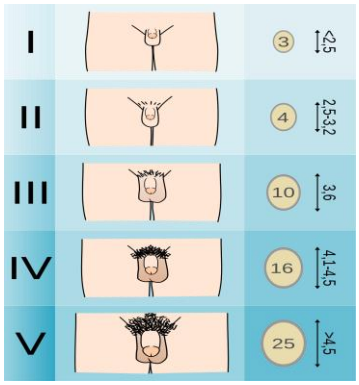
Valoración previa a tratamiento hormonal

Previo al tratamiento hormonal Se solicitarán pruebas complementarias dirigidas a descartar procesos que contraindiquen o condicionen dicha terapia:

- Analítica que incluya hemograma, bioquímica completa, función renal, perfil hepático, ionograma, glucemia y perfil lipídico.
- Estudio para descartar la presencia de alteraciones hormonales: hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), estradiol, testosterona, globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), prolactina, hormona estimulante de la tiroides (TSH).
- Radiografía de la mano y muñeca no dominantes.

En el caso de optar por el tratamiento hormonal, se explorará la fase evolutiva del desarrollo puberal con el objeto de identificar el momento óptimo de realizar la interconsulta a la Unidad de Atención a Personas Transexuales (UAPT), que se ha considerado el estadio de Tanner II (botón mamario en niños transexuales, testículos con volumen igual o superior a 4 cc en niñas transexuales)





Fuente: Tanner J (1962).

Se debe dar información sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico, previo a la realización de la interconsulta a la UAPT (tablas 1 y 2); además se debe hacer una valoración de la medicación habitual, en su caso, y sus posibles interacciones con la nueva prescripción.

Tabla 1: efectos tratamiento hormonal de supresión del desarrollo puberal

Favorables	Desfavorables
Mejora de la autoestima	Riesgo de osteoporosis en edad adulta
Evita la aparición de caracteres sexuales secundarios no deseados	Aumento del Índice de Masa Corporal
Ayuda a consolidar su identidad sexual	Retraso adquisición masa ósea
Da más tiempo para que la persona explore su transexualidad y otras cuestiones del desarrollo	Cambios de humor y síntomas depresivos (frecuente)
	Signos de deprivación hormonal tipo menopáusico en niños transexuales con pubertad muy avanzada
	Posible desarrollo de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)
	Reducción de talla adulta o final
	Inhibición reversible de la fertilidad
	Desproporción en segmentos corporales
	Migraña
	Epifisiolisis de la cabeza femoral
	Reacción alérgica generalizada y/o reacción local
	Tejido prepucial insuficiente si el bloqueo es precoz en mujeres transexuales para una posterior vaginoplastia
	Metrorragia (autolimitada a primeras dosis) en hombres transexuales

Tabla 2: Efectos de la terapia hormonal cruzada

Favorables	
Mujer transexual	Hombre transexual
Mejora de la autoestima	Mejora de la autoestima
Descenso Testosterona Total, aumento Estradiol	Incremento Testosterona Total, descenso Estradiol
Hiperplasia mamaria	Atrofia mamaria parcial
Descenso de erección, espermatogénesis y volumen testicular	Hipertrofia de órgano eréctil 3-4 cm
Descenso de vello terminal sexual	Aumento vello terminal sexual
Leve modificación tono voz	Modificación tono de voz
Composición corporal, distribución ginoide de grasa	Composición corporal, aumento masa muscular, distribución androide grasa
	Amenorrea secundaria

Desfavorables	
Mujer transexual	Hombre transexual
Depresión (antiandrógenos)	Conductas agresivas, psicosis
Descenso libido	Incremento libido
Aumento bilirrubina, prolactina	Acné facial
Trombosis venosa	Alopecia androgénica
Colelitiasis	Poliquistosis ovárica
	Hiperplasia endometrial
	Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

Es importante informar de modo adecuado a las posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a los padres o representante legal, para que llegado el momento se otorgue el consentimiento por escrito.

Derivación a la Unidad de Atención de Personas Transexuales (UAPT)

En función del momento de desarrollo en el que se encuentre, se hará la derivación:

- Las/os niñas/os cuyo desarrollo puberal se encuentre ya iniciado, en estadio de Tanner II (botón mamario en niños transexuales, testículos con volumen igual o superior a 4 cc en niñas transexuales) serán derivados en un plazo no superior a 3-6 meses desde que se produzca dicha circunstancia.
- Las/os niñas/os con desarrollo puberal correspondiente a un estadio Tanner III ó IV, deberán ser remitidos de forma inmediata, para inicio de bloqueo hormonal.
- Las/os niñas/os con desarrollo puberal completo correspondiente a un estadio Tanner V (niños transexuales con menarquia, niñas transexuales con testículos con volumen de 20 cc o superior), se debe valorar el inicio de la terapia hormonal cruzada o alguna terapia puente.

La solicitud de interconsulta constará de los siguientes aspectos

- Datos relevantes de la anamnesis y exploración física. Especialmente posibles patologías que puedan condicionar el tratamiento hormonal.
- Aspectos biográficos y del apoyo familiar y social.
- Tratamiento farmacológico.
- Pruebas de imagen: Radiografía de la mano y muñeca no dominantes para valorar o calcular la edad ósea.

- Valoración del estadio de Tanner.

Se recomienda mantener, independientemente de la interconsulta a la UAPT, una adecuada relación terapéutica del Pediatra/Médico/a de Familia con niños/as y adolescentes transexuales y sus familias en el trascurso de posibles cambios sociales o intervenciones médicas posteriores.

Es importante dar información y referencia para ayuda entre pares (personas con igual situación), tales como grupos de apoyo para padres y madres de niños y niñas transexuales, así como redes sociales del medio comunitario y asociaciones específicas.

Seguimiento conjunto en AP con UAPT

Una vez hecha la derivación a la UAPT, es preciso realizar un seguimiento conjunto en la consulta de AP junto con la UAPT:

- Se abordará con especial atención la exploración a la evolución de la curva estatural y desarrollo de los genitales y caracteres sexuales secundarios.
- En cada visita se monitorizará datos referentes al cumplimiento del tratamiento, aparición de efectos adversos y el grado de satisfacción.
- Se recordará la necesidad de estilos de vida saludable.
- Se recomienda ofrecer, en el proceso de transición, el acompañamiento psicoemocional que requiera la persona en tratamiento hormonal.
- Se considerará con la persona, los padres o tutores la oportunidad de realizar interconsulta a las unidades de trabajo social si se detectan factores sociales que condicionan la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria.

Además, se continuará ofreciendo el acompañamiento:

- A la familia, con especial atención en:
  - Aportar recursos para que mantengan su estabilidad y funcionalidad.
  - Reforzar sus estrategias de afrontamiento positivo.
  - Ayudar a fomentar una autoestima saludable en su hijo/a.
  - Ayudar en las estrategias de integración social.
- Acompañamiento al menos con especial atención en:
  - Prevenir riesgos en cuanto a la salud sexual, manteniendo una vigilancia activa en relación a la presión social, el rechazo, la eventual falta de atención temprana o de apoyo familiar.
  - Prevenir el fracaso escolar que pudiera sobrevenir y el abandono escolar.
- Participar en actividades de sensibilización a nivel escolar y/o comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración sobre orientación sexual e identidad de género de las Naciones Unidas. 66 de los 192 miembros de la Naciones Unidas. Asamblea General de la ONU. 18 Dic 2008
2. Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos, *Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*, Yogyakarta, Indonesia: Comisión Internacional de Juristas & Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007. Accesible en: http://www.refworld.org/cgibin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2
3. Declaración Sobre Orientación Sexual E Identidad De Género De Las Naciones Unidas. Disponible en:https://www.uv.mx/uge/files/2014/05/Declaracion-Sobre-Ortientacion-Sexual-e-Identidad-de-Genero-de-las-Naciones-Unidas.pdf:
4. Ley integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía [internet]. Ley 2/2014, de 8 de julio. [citado, 25 nov 2016] BOJA no 139 (18/07/2014). Disponible en: https://goo.gl/ocx6YO
5. Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia [Internet]. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio [citado 25 nov 2016]. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222
6. Amets Suess. "Despatologización trans y práctica arteterapéutica". **Arte·y·políticas·de·identidad,** 2011, vol. 4 (junio), 107-126 pp
7. What's in a Guideline? Developing Collaborative and Sound Research Designs that Substantiate Best Practice Recommendations for Transgender Health Care. Deutsch MB, Radix A, Reisner S.AMA J Ethics. 2016 Nov 1;18(11):1098-1106. doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.11.stas1-1611. PMID: 27883301
8. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gen- der-Nonconforming People [internet]. 7th Version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2012[citado, 25 nov 2016], 124p. Disponible en: http://www.wpath.org
9. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab [internet], 2009[citado, 19 dic [1] SEP 2016]; 94(9), 3132–3154. Disponible en: http://press. endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2009-0345
10. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol [inter- net], 2015[citado, 25 nov 2016];70(9), 832. Dispo- nible en: https://www.apa.org/practice/guidelines/ transgender.pdf
11. Bourns A. Guidelines and Protocols for Hormone Therapy and Primary Health Care. Rainbow Heal- th Ontario, Sherbourne Health Centre [internet]; 2015[citado, 25 nov 2016], 66p. Disponible en: https://goo.gl/s4TpO7
12. Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I. Guías de prác- tica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad Grupo de Iden- tidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) (anexo 1). (2012). Endocrinol Nutr [internet], 2102[ci- tado, 25 nov 2016]; 59(6), 367-382. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S157509221200054X
13. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeo- ple Part II. A review of cross-sex hormonal treat- ments, outcomes and adverse events in transwomen [internet]. Clin Endocrinol 2015[citado, 25 nov 2016]; 83: 607-15. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley. com/doi/10.1111/cen.12754/full
14. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeo- ple Part I: A review of cross-sex hormonal treat- ments, outcomes and adverse events in transmen [internet]. Clin Endocrinol 2015[citado, 25 nov 2016]; 83: 597-606. Disponible en: http://onlinelibrary.wi- ley.com/doi/10.1111/cen.12753/full
15. Tinahones Madueño FJ, et al. Atención Sanitaria a Personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia. Proceso Asistencial Integrado. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 1ª Edición. 2016. Disponible en:

    http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/transexuales_infancia_adolescencia?perfil=org

Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia

Aspectos relevantes en la Atención Endrocrionológica a niñ*s y Adolescentes Trans

Raúl Hoyos Gurrea, Ana Mª Peinado Garrido, Vega Mª Garzón Hernández

Unidad de Endocrinología Pediátrica.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
raul.hoyos.sspa@juntadeandalucia.es

¿Cómo citar este artículo?
Hoyos Gurrea, Raúl; Peinado Garrido, Ana Mª; Garzón Hernández, Vega Mª
Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia
Aspectos relevantes en la Atención Endocrinológica
*a niñ*s y Adolescentes Trans*
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.111-120

INTRODUCCIÓN

La transexualidad es una situación de discordancia permanente entre el sexo asignado al nacimiento y el sexo sentido. El fenómeno de la transexualidad es conocido y reconocido a través de la historia de la Humanidad en las diferentes culturas y religiones, relacionado normalmente con el ámbito de la espiritualidad y/o la religión. Se pueden citar multitud de ejemplos, desde otras culturas, como las *hijras* hindúes o las reseñas que se hacen en algunos textos babilonios, así como otros muy cercanos en el caso de Eleno de Céspedes.

Es a partir de la preponderancia de las religiones monoteístas, que imponen una visión dicotómica de la vida, cuando cualquier manifestación que transgreda los sexos biológicos es negada y perseguida.

En los siglos XIX y XX, con la secularización del mundo occidental, se abre la puerta al estudio científico del *hecho transexual*. Primero como desviación, más adelante como trastorno mental, hasta la actualidad en la que la tendencia y reivindicación, es a sacarlo de la clasificación de enfermedades mentales. Fruto de ello existe una importante corriente despatologizante que empieza a ser cada vez más visible.

En la última quincena de años se ha producido un nuevo fenómeno social que ha atraído hacia sí mismo los focos mediáticos. Han aparecido niñas y niños transexuales en la escena pública, a lo largo y ancho de todo el territorio nacional, acompañad*s por sus madres y padres. El *asociacionismo* ha jugado en esto un papel fundamental, cambiando la dinámica de su relación en el seno familiar y obteniendo magníficos resultados con la puesta en marcha de planes de integración escolar efectivos en los centros escolares. Las demandas de necesidad que plantean también han alcanzado, como es natural, el ámbito sanitario.

Este hecho no ha sido ignorado por las autoridades sanitarias. En diferentes comunidades autónomas de España se han puesto marcha documentos de consenso, guías de práctica clínica

y protocolos de actuación dirigidos a articular una estructura estable de atención sanitaria a niñ*s y adolescentes transexuales, que no sólo recoja, al menos en parte, las demandas históricas de dicho colectivo, sino que cumpla con la legislación vigente. Bien es cierto que hay diferencias ostensibles entre los diferentes documentos, así como hay diferencias en las leyes regionales aprobadas.

En línea con el asociacionismo y empoderamiento de las familas de niñ*s trans resulta interesante la reflexión que hace África Pastor Espuch, vicepresidenta de la Fundación Daniela, en su ponencia celebrada en Madrid en el 2015, con motivo del III Curso sobre Desarrollo Sexual Diferente (Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica). En ella apunta que la atención a niñ*s y adolescentes trans debe guiarse por cuatro principios fundamentales:

- *Respeto*: entiéndase como respeto a las familias y a l*s niñ*s y adolescentes trans, respeto a su identidad de género, utilizando el nombre y el género con el que ellos se sienten identificados en todo momento, aunque todavía no haya sido modificada su tarjeta sanitaria.
- *Atención personalizada*: No tod*s l*s niñ*s y/o adolescentes trans requieren o requerirán los mismos itinerarios, algunos necesitarán tratamiento hormonal, otros no, algunos necesitarán un acompañamiento psicológico mientras otros lo rehusarán. Incluso otros por circunstancias médicas nunca podrán acceder al tratamiento hormonal.
- *Facilitar el acceso a los tratamientos* que cada niñ* y/o adolescente trans necesite en el momento adecuado, explicando de manera apropiada y clara los procedimientos a seguir.
- *Atención a las familias*: transmitir comprensión y amabilidad, así como facilitar el contacto con grupos de padres que se encuentran en similares circunstancias.

Este texto tiene como objeto describir el modelo de asistencia sanitaria que está vigente en la comunidad autónoma de Andalucía desde hace aproximadamente un año. Los fundamentos del mismo reposan sobre el *Proceso Asistencial Integrado Transexualidad en la Infancia y Adolescencia*, cuya fecha de publicación se remonta a enero del 2017 por parte de la Consejería de Sanidad.

El modelo asistencial clásico se ha basado en la creación de unidades de referencia. A este respecto es la Universidad Libre de Amsterdam uno de los referentes internacionales, así como algunos centros estadounidenses. En España la primera unidad creada fue la llamada Unidad de Trastornos de la Identidad de Género de Málaga, en el año 1999. En el 2017, atendiendo a la actual corriente despatologizante su nombre muta a Unidad de Transexualidad e Identidad de Género.

No obstante desde el año 2015 la Consejería de Sanidad de Andalucía decide descentralizar la atención sanitaria a personas trans y diversificarla en cada provincia. De esta manera se persigue que la misma esté siempre cerca de la persona que la demande, siguiendo uno de los principios básicos del sistema de salud público andaluz. Ello conllevará la creación de unidades provinciales, llamadas UAPT (Unidad de Atención de Personas Transexuales) para adultos; en el caso de niñ*s y adolescentes, se designará alguna de las unidades de Endocrinología Pediátrica presentes en cada una de las provincias. Esto ha supuesto un importante cambio a nivel estructural, y ha obligado a muchos profesionales a formarse específicamente en este tema.

ITINERARIOS ASISTENCIALES

Existen dos demandas asistenciales clave que serán antendidas en las unidades de atención a personas trans desde el punto de vista del pediatra endocrinólogo. Por un lado se encuentra la terapia con bloqueadores de la pubertad, y por otro, la terapia hormonal cruzada. La cirugía, por motivos legales, no tiene cabida en esta fase etaria. Cronológicamente y desde el punto de vista de la reversibilidad de los efectos producidos podríamos hablar de tres fases muy bien diferenciadas:

1. Fase reversible – bloque de la pubertad.
2. Fase parcialmente reversible – terapia hormonal cruzada.
3. Fase no reversible – cirugía de reasignación.

A continuación se desarrollan cada una de ellas de manera más detallada.

Bloqueo puberal – fase reversible

Por bloqueo se entiende la supresión de los niveles de esteroides sexuales a valores prepuberales en aquell*s niñ*s en los que el desarrollo puberal se haya iniciado, lo que conlleva regresión o no avance de los caracteres sexuales. Esta demanda asistencial es muy habitual, y responde a la posibilidad de que la aparición de dichos caracteres pueda crear malestar. Esto es un hecho habitual en niñ*s trans y tendría una doble ventaja: da al niñ* más tiempo para explorar su variabilidad de género y otras cuestiones de desarrollo, y facilita la transición al impedir el desarrollo de las características sexuales que son difíciles o imposibles de revertir si luego se continúa hacia una reasignación de sexo.

El bloqueo se inicia cuando se ha alcanzado claramente un estadio II de Tanner y hay niveles elevados de esteroides sexuales circulantes. El Tanner II conlleva de manera necesaria la aparición de botón mamario en niños trans y un volumen testicular igual o mayor a 4 ml en niñas trans. La edad no es en la actualidad criterio, aunque sí lo había sido tradicionalmente. La fig. 1 representa un esquema de los cambios somáticos durante la pubertad según el sexo.

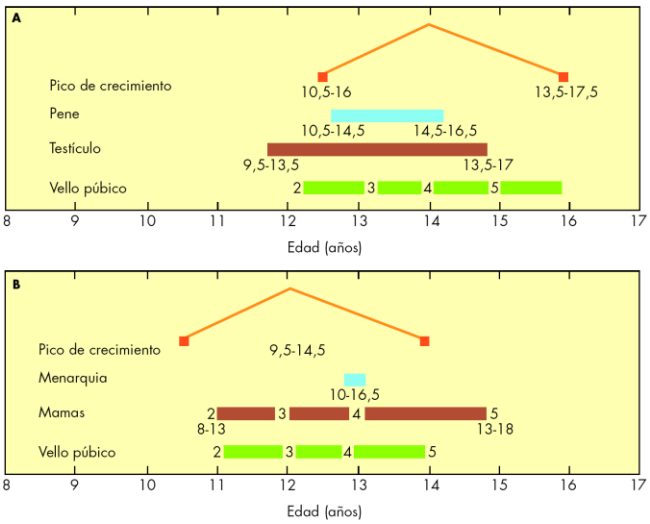
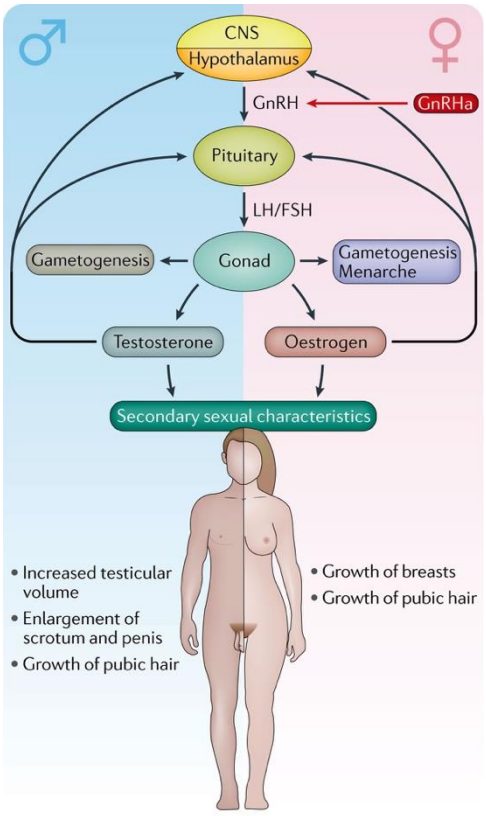


Fig. 1. A: representación esquemática de los cambios somáticos de la pubertad en niños. B: representación esquemática de los cambios somáticos de la pubertad en niñas. El intervalo de edad en que se inicia y termina cada uno de los cambios puberales se indica debajo de cada representación gráfica. Adaptado de *Marshall et al.* Imagen tomada de *Castro Feijóo L et al 2006.*



El bloqueo tiene como objetivo principal la inhibición del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal y, por tanto, la producción de esteroides sexuales en último término, expresados como estrógenos/progesterona de origen ovárico y testosterona en el testículo. Esto se consigue mediante el uso de análogos de acción larga de la GnRH (aGnRH), sin distinción entre sexos, que tienen un efecto estimulador sobre la secreción de gonadotrofinas cuando se utilizan de forma aguda y un efecto inhibidor cuando se usan de forma crónica (efecto Knobill, *figura 2*) procuciéndose una desensibilización de la hipófisis al estímulo de la GnRH, por esta razón la liberación de gonadotrofinas se reduce y la maduración gonadal regresa.

Fig. 2. Representación esquemática de la acción de los análogos de Gn RH. Tomada de *Costa, R. et al. (2016) To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria*
Nat. Rev. Urol. doi:10.1038/nrurol.2016.128

En el mercado se dispone de diferentes formas farmacéuticas de aGnRH. Se usan aquellos preparados depot, cuya vida media va desde el mes a los seis meses. Por experiencia acumulada de uso durante la infancia, principalmente en el tratamiento de la pubertad precoz, se prefieren las formas mensuales, pero es cierto que en los últimos años se están empezando a usar cada vez más los preparados trimestrales y semestrales. Las dosis y periodicidad recomendadas se recogen en la siguiente tabla. Como vía de administración se recomienda la intramuscular.

Preparado depot	Nombre comercial	Dosis
Goserelina	Zoladex LA	3,6 mg cada mes o 10, 8 mg cada 3 meses
Buserelina	Suprefact	6,3 mg cada 2 meses
Leuprolide	Lupron depot	3,75 mg cada mes u 11,25 . 30 mg cada 3 meses
Triptorelina	Decapeptyl Gonapeptyl	3,75 mg cada mes u 11,25 cada 3meses o 22,5 mg cada 6 meses
Histrelina	Supprelin LA	Implante de 50 mg cada 1-2 años

Tabla 1. Adaptado de Carel JC. Pediatrics 2009

Durante el tratamiento con análogos de la GnRH el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios puede regresar si el mismo es ligero; sin embargo, en fases más avanzadas simplemente detendrá el avance. En los niños trans (sexo asignado el nacimiento mujer con identidad de género masculina posterior) el tejido mamario se volverá atrófico y las menstruaciones pararán. En las niñas trans (sexo asignado el nacimiento hombre con identidad

de género femenina posterior) la virilización cesará y el volumen testicular podría incluso disminuir.

Los efectos deseables y no deseables de dicha terapia se resumen en la siguiente tabla (tabla 2):

EFECTOS DESEABLES / FAVORABLES	EFECTOS NO DESEABLES/DESFAVORABLES
Mejora de la autoestima	Riesgo de osteoporosis en edad adulta
Evita la aparición de caracteres sexuales secundarios no deseados	Aumento del Índice de Masa Corporal
Ayuda a consolidar su identidad sexual	Retraso adquisición masa ósea
Da más tiempo para que la persona explore su transexualidad y otras cuestiones del desarrollo	Cambios de humor y síntomas depresivos (frecuente)
Permite ganar tiempo en busca del consenso entre la/el niñ*, su familia y el equipo médico	Signos de deprivación hormonal tipo menopáusico en niños transexuales con pubertad muy avanzada
Facilita la transición cuando se decide continuar hacia la reasignación de sexo	Posible desarrollo de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)
Cesa la producción esteroides sexuales	Reducción de talla adulta o final
	Inhibición reversible de la fertilidad
	Desproporción en segmentos corporales
	Migraña
	Epifisiolisis de la cabeza femoral
	Reacción alérgica generalizada y/o reacción local
	Tejido prepucial insuficiente si el bloqueo es precoz en mujeres transexuales para una posterior vaginoplastia
	Metrorragia (autolimitada a primeras dosis) en hombres transexuales

Tabla 2. Tomado de *Proceso Asistencial Integrado Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia* (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, año 2016).

Antes de iniciar dicha terapia se recomienda que tanto la/el niñ* menor de 16 años, como sus padres o tutores sean informados sobre el plan terapéutico, así como detallar los efectos deseables y no deseables posibles. Es necesaria la obtención del consentimiento informado escrito por representación, atendiendo al marco legal actual. Se recomienda igualmente que de coexistir problemas médicos, psíquicos, sociales o familiares que puedan interferir con el mismo, éstos sean abordados para así garantizar su seguridad de uso. Debe constatarse que la situación del/la niñ* es suficientemente estable.

Tras el inicio del bloqueo puberal, se recomiendan visitas trimestrales durante el primer año y semestrales a partir del segundo. Se puede seguir aproximadamente el siguiente cronograma:

- Durante el *primer año* se recogerán trimestralmente datos antropométricos (talla, peso, IMC, velocidad de crecimiento y talla sentado), estadio de Tanner, y mediciones hormonales (LH, FSH, Estradiol y Testosterona).
- *A partir del primer año* se recogerán semestralmente datos antropométricos (talla, peso, IMC, velocidad de crecimiento y talla sentado), estadio de Tanner, y mediciones hormonales (LH, FSH, Estradiol y Testosterona).

- *Anualmente* se realizará una analítica general, que incluya función renal y hepática, lipidograma, glucemia/insulinemia y HbA1c.
- La *edad ósea* se realizará anualmente hasta que alcance los 14 años en niños transexuales y 15 años en niñas transexuales.

Durante el seguimiento se harán los ajustes de dosis necesarios, atendiendo especialmente a la posible falta de frenación (defecto de acción) o excesiva disminución de la velocidad de crecimiento (exceso). Estos ajustes habitualmente se realizan mediante el acortamiento del período entre dosis (por ejemplo, de 28 a 21 días en el caso de las formulaciones mensuales). Los niveles de esteroides sexuales circulantes y de LH pueden también ayudar.

Existe un grupo de niñ*s/adolescentes trans que no podría beneficiarse ya del bloqueo puberal por tener completado su desarrollo puberal. Este grupo tampoco sería candidato a iniciar la terapia hormonal cruzada, fundamentalmente porque no goce de un grado de madurez suficiente para asumirla, o bien tengan alguna situación clínica que la contraindique. Sin embargo, en estas personas el uso de aGnRH tendría algunos beneficios específicos, como la interrupción de las menstruaciones en niños trans o la disminución del vello corporal en niñas trans. Es lo que se conoce como *terapia puente*.

Terapia Hormonal Cruzada (THC) – fase parcialmente reversible

Durante esta fase el objetivo es inducir cambios de masculinización o feminización mediante la administración de agentes endocrinos exógenos. Algunas personas buscan máxima feminización/masculinización, mientras que otras experimentan alivio con una presentación andrógina resultante de la minimización hormonal de las características sexuales secundarias presentes. Es una cuestión muy variable, y al igual que resulta con el bloqueo puberal no hay una opción única, sino que se elegirá el itinerario a según el planteamiento que hagan l*s niñ*s trans y sus familias.

La terapia hormonal debe ser individualizada, basada en las metas de la persona trans que demanda asistencia, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras condiciones médicas, y la consideración de cuestiones sociales, e incluso económicas.

Hasta hace poco se establecía como límite de edad para su inicio los 16 años, atendiendo al criterio de edad mínima legal para tomar decisiones en el ámbito sanitario. Sin embargo, cada vez son más los expertos que apuntan la posibilidad de un comienzo más precoz. En este sentido el Procesos Asistencial Integrado andaluz propone que se individualice cada caso, sin recomendación concreta etaria; e incluso en la última guía clínica de la *Endocrine Society* se reconoce que existen razones para dicha decisión. En cualquier caso esta guía recomienda que por debajo de los 16 años la persona sea evaluada por un equipo multidisciplinar con experiencia en esta materia. Así pues, se plantea el siguiente dilema: por un lado una visión no patologizante del tema aconsejaría no poner límite etario, lo que conllevaría un desarrollo sexual acorde en mayor medida a sus iguales; no parece razonable que mientras una niña puede tener la menarquia (desarrollo completado) sobre los 12 años una niña trans deba esperar hasta los 16 para adecuar su físico a sus deseos; por otra parte, la prudencia podría llevarnos a considerar la terapia de un manera minuciosa, pues la intervención farmacológica sería sólo parcialmente reversible, aspecto a tener siempre en cuenta.

Expuesta esta cuestión parece lógico establecer una serie de criterios que de alguna manera no comprometan la seguridad del adolescente trans y que pudiesen recoger un mayor rango de visiones:

- La identidad de género es inequívocamente manifestada por el adolescente y mantenida en el tiempo.
- No existen condiciones médicas ni psicosociales que contraindiquen su uso (antecedentes de tromboembolismo, hepatopatía,…). En caso de existir deberán estar resueltas.
- Existe madurez suficiente por parte del adolescente para comprender la terapia, así como irreversibilidad de las mismas y para tomar, en definitiva, decisiones. Un entorno familiar comprometido es lo ideal y deseable.
- Individualización de cada caso, teniendo en cuenta no sólo lo anterior, sino talla actual, edad ósea y tiempo desde que se inició el bloqueo puberal, en caso de haber existido.

Junto con la valoración clínica inicial, orientada a detectar fundamentalmente situaciones de riesgo o que contraindiquen la THC, así como proveer un entorno de seguridad, se realizará una serie de pruebas complementarias.

Al igual que ocurría con el bloqueo puberal, se pueden producir efectos tanto deseables/favorables como no deseables/desfavorables, resumidos en la *tabla 3*. De forma similar se recogerá el consentimiento informado por escrito y se dejará constancia en la historia de la salud del adolescente.

DESEABLES/FAVORABLES	
Adolescente mujer trans	**Adolescente hombre trans**
Mejora de la autoestima	Mejora de la autoestima
Descenso de testosterona total, aumento estradiol	Incremento testosterona total, descenso estradiol
Hiperplasia mamaria	Atrofia mamaria parcial
Descenso de erección, espermatogénesis y volumen testicular	Hipertrofia de órgano eréctil 3-4 cm
Descenso del vello terminal sexual	Aumento del vello terminal sexual
Leve modificación del tono de voz	Modificación del tono de voz
Cambios en la composición corporal: distribución ginecoide de la grasa	Cambios en la composición corporal: aumento de la masa muscular y distribución androide de la grasa
	Amenorrea secundaria
NO DESEABLES/DESFAVORABLES	
Adolescente mujer trans	**Adolescente hombre trans**
Depresión (antiandrógenos)	Conductas agresivas, psicosis
Descenso libido	Incremento libido
Aumento bilirrubina, prolactina	Acné facial
Trombosis venosa	Alopecia androgénica
Colelitiasis	Poliquistosis ovárica
	Hiperplasia endometrial
	Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

Tabla 3. Tomado de *Proceso Asistencial Integrado Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia* (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, año 2016).

En aquell*s adolescentes en los que se vaya a iniciar la THC la recomendación principal es iniciarla de manera gradual, usando dosis progresivas. A continuación se esquematiza el protocolo que propone al respecto la *Endocrine Society*:

- Inducción de pubertad en *sentido femenino* con 17-beta-estradiol, incrementando la dosis semestralmente:
  - 5 µg/kg/día
  - 10 µg/kg/día
  - 15 µg/kg/día
  - 20 µg/kg/día
  - Dosis adulto: 2-6 mg/día
  - En adolescentes mujeres trans postpúberes, la dosis puede incrementarse más rápidamente:
    - 1 mg/día durante 6 meses
    - 2 mg/día (dosis de adulto)

- Inducción de la pubertad en *sentido femenino* con estradiol en parches transdérmicos, incrementando la dosis semestralmente. Cada parche se usará durante 3.5 días:
  - 6.25–12.5 µg / 3.5 días(cortar un parche de 25 en 4 cuartos o 2 mitades)
  - 25 µg/ horas / 3.5 días
  - 37.5 µg/24 horas / 3.5 días
  - Dosis adulto: 50-200 µg / 3.5 días.

- Inducción de la pubertad en *sentido masculino* con ésteres de testosterone vía SC o IM, incrementando la dosis semestralmente:
  - 25 mg/m2/2 semanas
  - 50 mg/m2/2 semanas
  - 75 mg/m2/2 semanas
  - 100 mg/m2/2 semanas
  - Dosis adulto: 100-200 mg cada 2 semanas.
  - En adolescentes hombres trans postpúberes, la dosis puede incrementarse más rápidamente:
    - 75 mg cada 2 semanas durante 6 meses
    - 125 mg cada 2 semanas

Será importante informar tanto al adolescente como a su familia sobre los períodos de tiempo en los que previsiblemente empezarán a observarse cambios corporales. Así como, una vez más, de la falta de reversibilidad de algunos de estos cambios. En la *tabla 4* se resumen los mismos.

Adolescente mujer trans	*Comienzo esperado*	*Efecto máximo esperado*
Mamas	3-6 meses	2-3 años
Redistribución grasa	3-6 meses	2-5 años
Reducción masa muscular y fuerza	3-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel	3-6 meses	Desconocido
Disminución de erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	2-3 años
Adelgazamiento y enlentecimiento vello facial y corporal	6-12 meses	> 3 años
Voz y nuez	No disminuyen	No desaparecen
Adolescente hombre trans	***Comienzo esperado***	***Efecto máximo esperado***
Alargamiento clítoris	3-6 meses	1-2 años
Vello facial y corporal	3-6 meses	4-5 años
Acné, piel grasa	1-6 meses	1-2 años

Incremento musculatura y fuerza[2]	6-12 meses	2-5 años
Voz grave	3-12 meses	1-2 años
Cese de reglas	2-6 meses	-
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años

Tabla 4. Tomado de Guerrero-Fernández et al

Por otra parte, se deberán realizar controles cuatrimestrales o semestrales, en los que se irán monitorizando el grado de satisfacción y adhesión a la terapia, así como controles bioquímicos y hormonales, dirigidos no sólo a realizar los ajustes de dosis pertinentes, sino a corroborar que se está realizando con seguridad.

Durante todo este proceso es conveniente favorecer una buena comunicación con atención primaria. Es importante realizar en cada visita un informe clínico y detectar posibles necesidades del niñ* o adolescentes, a fin de promover una asistencia sanitaria integral. En este sentido pueden surgir en un momento determinado dificultades que precisen la intervención desde el ámbito social o psíquico. En la comunidad andaluza la valoración psicológica no es precepto indispensable para el inicio de las terapias descritas en este texto, lo cual es un gran logro. Además está expresamente recomendado el no uso de elementos en la historia de salud que sean patologizantes, como la codificación diagnóstica. Sin embargo, se suele ofrecer el acompañamiento psicológico, que habitualmente se hará desde el ámbito de la salud mental comunitaria. El mismo puede ser incluso demandado por la propia familia. La valoración psicológica queda relegada, por tanto, a aquellos casos en los que el profesional sanitario detecte signos de alarma o de riesgo.

CONCLUSIÓN

En definitiva, la atención sanitaria a niñ*s y adolescentes trans empieza ahora a evolucionar en nuestro entorno. Probablemente el modelo clásico de unidades de atención trans-específicas se vea superado en los próximos años. Los pediatras jugamos un papel fundamental en estos momentos, tanto desde el ámbito de la atención primaria como de la atención hospitalaria. Es planteable caminar hacia un modelo en el que la participación en la toma de decisiones de la persona trans sea aún mayor, y se debe favorecer un espacio de opinión compartido con el profesional sanitario, que de manera honesta guiará a la persona en el itinerario elegido. Todo ello sin olvidar que aún tenemos mucho que aprender y que el abánico de posibilidades y opciones es bastante amplio. La sociedad desgraciadamente aún debe madurar y progresar desde un modelo binario hacia un modelo múltiple en lo que a identidad se refiere. En ese proceso el sistema sanitario seguirá estando presente, garantizando la accesibilidad y velando por la seguridad de sus usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hurtado-Murillo F. Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2015;6 Suppl(1):45-52 | Doi.10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.283. Disponible en: http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=283&idlangart=ES
2. Ley integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía [internet]. Ley 2/2014, de 8 de julio. BOJA nº 139 (18/07/2014). Disponible en: https://goo.gl/ocx6YO
3. Adelson SL. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [internet]; 51(9):957-974. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085671200500X
4. Bourns A. Guidelines and Protocols for Hormone Therapy and Primary Health Care. Rainbow Health Ontario, Sherbourne Health Centre [internet]; 2015, 66p. Disponible en: https://goo.gl/s4TpO7
5. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People [internet]. 7th Version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2012, 124p. Disponible en: http://www.wpath.org Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab [internet], 2009[citado, 19 dic 2016]; 94(9), 3132–3154. en: http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2009-0345
6. Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) (anexo 1). (2012). Endocrinol Nutr [internet], 2102[citado, 25 nov 2016]; 59(6), 367-382. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509221200054X
7. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople Part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse events in transwomen [internet]. Clin Endocrinol 2015; 83: 607-15. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cen.12754/full
8. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople Part I: A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse events in transmen [internet]. Clin Endocrinol 2015; 83: 597-606. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cen.12753/full
9. Fisher AD, Ristori J. Bandini E, Giordano S. Mosconi M,. Jannini EA el al. i. Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS–SIE–SIEDP–ONIG. J Endocrinol Invest (2014) 37: 675-687.
10. De Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents:The Dutch Approach [internet]. J Homosexual 2012; Vol 59: 301-320. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2012.653300
11. Hembree WC. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011 Oct;20(4):725-32
12. Rosenthal S. Approach to the Patient: Transgender Youth: Endocrine Considerations. J Clin Endocrinol Metab 2014; 99 (12): 4379-4389. Disponible en: https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919
13. Rica I, Grau G, Rodríguez A, Vela A. La atención a los menores transexuales. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2015;6 Suppl(2):38-44. Disponible en: http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=324&idlangart=ES
14. Guerrero-Fernández J, Barreda-Bonis AC, González Casado I. Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2015;6 Suppl(2):45-51. Disponible en: http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=326&idlangart=ES
15. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado / autores-as, Tinahones Madueño, Francisco José (coordinador) ... [et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/trans_infancia_adolescencia/trans_infancia_adolescencia.pdf
16. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG; Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658.
17. Castro-Feijóo L, Pombo M. Pubertad Precoz. An Pediatr Contin. 2006;4:79-87 - Vol. 4 Núm.2 DOI: 10.1016/S1696-2818(06)73593-4.
18. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*. 1969;44:291-303.
19. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child*. 1970;45:13-23.
20. Carel JC et al ESPE-LWPES (GnRH Analogs Consensus Conference Group). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Consensus Statement on the Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children. *Pediatrics* 2009 Apr;123(4):e752-62. doi: 10.1542/peds.2008-1783. Epub 2009 Mar 30.

Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia

Diversidad de género en la infancia y adolescencia desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos

Amets Suess Schwend
Doctor en Antropología Social
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
amets.suess.easp@juntadeandalucia.es

¿Cómo citar este artículo?
Suess Schwend, Amets
Atención Sanitaria a personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia
Diversidad de género en la infancia y adolescencia desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos
En: Andapap, ed XXII Jornadas de Andapap 2018. Andapap Ediciones, 2018. P.121-139

1. Introducción

A lo largo de los últimos años, la diversidad de género en la infancia y adolescencia[1] ha adquirido una creciente visibilidad. De forma creciente, niñ*s[2] y adolescentes muestran abiertamente expresiones e identidades de género diferentes al sexo asignado al nacer en el ámbito familiar, educativo y social. El surgimiento de asociaciones de familias que defienden los derechos de sus hij*s indica un creciente apoyo a la diversidad de género en la infancia y adolescencia en el ámbito familiar. Documentales y programas de televisión han contribuido a difundir la temática en los medios de comunicación. En la bibliografía clínica, se puede observar un debate amplio sobre marcos teóricos, clasificaciones diagnósticas y modelos de atención sanitaria relacionados con la diversidad de género en la infancia y adolescencia.

El aumento de producción discursiva sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia se puede considerar como un desarrollo positivo que puede ayudar a fomentar su visibilidad y a contribuir a su reconocimiento como Derecho Humano. Al mismo tiempo, se expresa la preocupación de que una visibilización limitada a representaciones binarias fomente el binarismo de género y refuerce la medicalización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia (Missé 2013).

[1] Opto por el término 'diversidad de género en la infancia y adolescencia' y 'niñ*s y adolescentes divers*s en el género' para hacer referencia a una diversidad de expresiones e identidades de género diferentes al sexo asignadas al nacer en la infancia y adolescencia, incluyendo opciones no binarias. Doy preferencia a esta terminología para resaltar el carácter abierto del proceso de exploración de expresiones e identidades de género, en consonancia con reflexiones terminológicas aportadas en la bibliografía reciente (Ansara, Hegarty 2012, 2014; Ehrensaft 2012, 2016; Green, Friedman (ed.) 2015[2013]; Langer, Martin 2004; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a; Spade 2006).
[2] A lo largo del texto, utilizo el asterisco como propuesta lingüística no binaria (Cabral 2009).

En respuesta a clasificaciones diagnósticas, conceptualizaciones y prácticas clínicas patologizantes, a lo largo de los últimos años se han desarrollado reflexiones, demandas y propuestas relacionadas con la despatologización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia desde una perspectiva teórico-activista de despatologización y Derechos Humanos.

Ante este panorama discursivo, se plantea la pregunta sobre el rol de Atención Primaria, y específicamente de la Pediatría, en el proceso de promoción del respeto a la diversidad de género en la infancia y adolescencia y protección de los derechos de nin*s y adolescentes divers*s en el género.

A continuación, aportaré un resumen sobre el proceso de emergencia y las demandas más relevantes del activismo por la despatologización trans[3] y desarrollos teóricos relacionados, para centrar después la atención en las reflexiones, demandas y propuestas sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia aportadas desde una perspectiva teórico-activista de despatologización y Derechos Humanos. Finalizaré el texto con recomendaciones para profesionales de la salud, y específicamente profesionales de Pediatría.

Antes de entrar en esta revisión, me gustaría añadir unas palabras sobre mi propia trayectoria académica, activista y artística y vinculación con la temática de despatologización y diversidad de género en la infancia y adolescencia. A nivel académico y profesional, trabajo sobre la temática en proyectos de investigación y docencia en la Escuela Andaluza de Salud Pública y Universidad de Granada. Mi tesis doctoral y publicaciones recientes están centrados en un análisis de los discursos por la despatologización trans, la diversidad de género en la infancia y adolescencia y la aportación de la perspectiva de despatologización a la metodología y ética de la investigación[4]. Además, formo parte de asociaciones profesionales internacionales y regionales relacionadas con la temática. En el ámbito activista, participo en el activismo por la despatologización trans como integrante de redes activistas y grupos de trabajo internacionales. A nivel artístico, utilizo la performance y la escritura para reflexionar sobre las temáticas nombradas. Esta trayectoria me sitúa en un lugar de especial responsabilidad ético-política, en el sentido de una necesidad ética de no reproducir dinámicas patologizantes en el ámbito académico que criticamos desde perspectivas teórico-activistas.

2. Perspectiva de despatologización y Derechos Humanos

A lo largo de la última década, se puede observar una creciente internacionalización del activismo por la despatologización trans, precedido por acciones activistas puntuales desde los años 80[5].

La demanda de despatologización parte del cuestionamiento de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental en los manuales diagnósticos *DSM,*

[3] En el marco de este texto, entiendo por el término 'trans' una amplia diversidad de expresiones, identidades y trayectorias de género diferentes al sexo asignado al nacer, incluyendo opciones no binarias, en coherencia con su uso en el activismo trans (TGEU, Balzer 2018a) y organismos de Derechos Humanos (FRA 2014). Opto por este concepto como término paraguas, desde la conciencia de su carácter occidental y la importancia de tener en cuenta la existencia de múltiples formas de transitar por los géneros en diferentes partes del mundo que se alejan de conceptualizaciones y terminologías occidentales.

[4] Bouman, et al., 2017; Davy, et al., 2018; Suess Schwend 2010, 2011, 2014, 2015, 2016, 2016, 2017a, 2017b; Suess Schwend, et al. 2014; Suess Schwend, et al. 2018.

[5] Cabral 2009, 2010, 2014; Missé 2010, 2012a; Missé, Coll-Planas 2010; Platero 2009, 2011; Suess Schwend 2010, 2016, 2017b; Suess Schwend, et al. 2014.

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y *CIE, Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de Salud,* y de la interrelación de estos diagnósticos con la situación de discriminación, exclusión social y exposición a la violencia transfóbica que sufren las personas trans en diferentes regiones del mundo[6]. La difusión internacional del activismo por la despatologización trans a lo largo de la última década se puede relacionar con la mayor interconectividad de los movimientos sociales en la era de Internet, así como la coincidencia histórica de un proceso paralelo de revisión de los manuales diagnósticos y estándares de cuidado que abrió una oportunidad de incidencia política a nivel internacional (Suess Schwend 2010, 2016, 2017; Suess Schwend, et al. 2014).

En octubre de 2007, se organizaron manifestaciones coordinadas por la despatologización trans en tres ciudades europeas. En 2008, este número ascendió a 11 ciudades. En 2009, una red de grupos activistas creó *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, que convoca cada mes de octubre el Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans. A lo largo de este día, y durante todo el mes de octubre, grupos y organizaciones activistas de diferentes regiones del mundo organizan cada año actividades por la despatologización trans. En total, entre 2009 – 2017 tuvieron lugar más de 795 actividades organizadas por 250 grupos, organizaciones y redes activistas en 183 ciudades de diferentes regiones del mundo. Además, en octubre de 2017, STP contó con la adhesión de 417 grupos, asociaciones, organizaciones y redes activistas, así como instituciones públicas de África, América Latina, Asia, Europa, Norteamérica y Oceanía (STP 2017). Aparte de la convocatoria anual del Día Internacional por la Despatologización Trans, STP participa en actividades de incidencia política y negociación con organismos internacionales, junto con otras redes activistas internacionales y regionales (GATE 2013a, 2013b; GATE, STP 2014; GATE, et al. 2017).

Las demandas principales del activismo por la despatologización trans[7] son la retirada de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito por los géneros como trastorno mental, la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica y un cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica, desde un modelo de evaluación psiquiátrica hacia un enfoque de decisión informada. Además, el activismo por la despatologización trans demanda el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, la protección contra la discriminación y violencia transfóbica, la despatologización de las prácticas de investigación, así como la despatologización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia.

A lo largo de los últimos años, la demanda de despatologización ha adquirido un creciente apoyo tanto por parte de asociaciones profesionales internacionales, profesionales de la salud, así como organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos. Entre el activismo por la despatologización trans y el marco de Derechos Humanos se puede observar una relación

[6] Amnistía International 2013; Balzer, Hutta 2013; Berkins, Fernández 2005; Cabral, Hoffman 2009; Comisión Europa 2011; Consejo de Europa 2011; Davy, et al. 2018; FRA 2013a, 2014; Grant, et al. 2011; Human Rights Watch 2011; New Zealand Human Rights Commission 2011; Sood 2010; Suess Schwend 2010, 2011, 2014, 2016, 2017a, 2017b; Suess Schwend, et al. 2014, 2018; TGEU, Balzer 2018b, 2018c; Whittle, et al. 2007, 2008; Winter, et al. 2009; Winters 2008.

[7] GATE 2013a, 2013b, 2015, 2016; GATE, STP 2014; GATE, et al. 2017; Gender DynamiX, et al. 2014; ILGA-Asia 2015; ILGA-Europe 2012; ILGA World 2016; STP 2010[2009], 2011, 2012a, 2012b, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017; TGEU 2014, 2015; TGEU, ILGA Europe 2009.

recíproca. En este sentido, el marco de Derechos Humanos constituye un fundamento relevante para el activismo por la despatologización trans, con los Principios de Yogyakarta, publicados en 2007, y su actualización (Yogyakarta Principles +10, publicados en 2017), como documentos importantes de referencia. Al mismo tiempo, a lo largo de los últimos años organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos han incluido las demandas del activismo por la despatologización trans en sus documentos estratégicos (Davy, et al. 2018; Suess Schwend 2010, 2016, 2017b; Suess Schwend, et al. 2014).

En 2013, 2014 y 2015, la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans incluía una referencia a la diversidad de género en la infancia, bajo el lema *"Stop Pathologizing Gender Diversity in Childhood"*. Además, a lo largo de los últimos años, grupos activistas de diferentes partes del mundo han organizado actividades relacionadas con la temática de diversidad de género en la infancia y adolescencia en el marco del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans.

Paralelamente, desde perspectivas teórico-activistas, se puede observar una amplia producción teórica sobre despatologización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia, incluyendo reflexiones, demandas y propuestas sobre los siguientes temas: 1. Conceptos y terminologías, 2. Clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia y adolescencia, 3. Modelos de atención sanitaria a la diversidad de género en la infancia y adolescencia, 4. Diversidad de género en la infancia y adolescencia en el ámbito familiar, educativo y social, 5. Reconocimiento legal del género en menores de edad, 6. Despatologización de prácticas de investigación y 7. Creación de nuevos imaginarios y espacios abiertos a la diversidad.

3. Reflexiones sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos

A continuación, resumiré las reflexiones, demandas y propuestas sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia desarrolladas desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.

3.1. Conceptos y terminologías

Desde el modelo médico establecido en la segunda mitad del siglo XX[8], la diversidad de género en la infancia y adolescencia se entiende como un trastorno mental, problema de salud que requiere de una supervisión clínica continuada o consecuencia de una diferencia neurológica innata. En la bibliografía clínica, se puede observar un uso terminológico frecuente con connotaciones patologizantes, basado en la nomenclatura diagnóstica, como *"transexualidad infantil", "niños y adolescentes transexuales" "niños y adolescentes con trastorno de identidad de género", "niños y adolescentes disfóricos de género"* o *"niños y adolescentes incongruentes en el género"*.

[8] De Cuypere, et al. 2013; Drescher 2013, 2014[2013]; Drescher, Pula 2014; Drescher, et al. 2016; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 1985, 2006, 2008, 2010; Zucker, Bradley 1995; Zucker, Spitzer 2005; Zucker, et al. 2002.

En cambio, desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos [9] se conceptualiza la diversidad de género en la infancia y adolescencia como un derecho. Se señala la importancia de un reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias, y se parte de un entendimiento de la diversidad de género en la infancia y adolescencia como un proceso vital que no necesariamente requiere atención sanitaria, sino ante todo un entorno de apoyo y respeto. Respecto al uso terminológico, se da preferencia a hablar de "*diversidad de género en la infancia y adolescencia", "niñ*s y adolescentes divers*s en el género", "niñ*s y adolescentes creativ*s en el género"* o *"niñ*s y adolescentes independientes del género",* con el objetivo de resaltar el carácter abierto y fluido del proceso de exploración de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias.

3.2. Clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia y adolescencia

Desde los años 60, se puede observar un proceso de conversión de la diversidad de género en la infancia y adolescencia en un objeto de interés para la investigación clínica. En varias revisiones históricas (Bartlett, et al. 2000; Bryant 2006; Langer, Martin 2004), se relaciona este desarrollo discursivo con el interés científico de analizar expresiones de feminidad en niñ*s asignad*s como 'varones' al nacer, un momento histórico de desarrollo de los criterios diagnósticos y estándares de cuidado, así como el surgimiento de las así llamadas terapias reparativas, quiere decir terapias que se realizan con el objetivo de forzar a la persona a volver al sexo asignado al nacer o a una sexualidad heterosexual.

Desde que se incluyó la transexualidad en los manuales diagnósticos, en 1975 en caso de la CIE (OMS 1975) y en 1980 en caso del DSM (APA 1980), existe una categoría diagnóstica específica de la diversidad de género en la infancia, mientras la diversidad de género en la adolescencia se incluye en la categoría dirigida a personas adultas (APA 1980, 1987, 1994, 2000, 2013; OMS 1975, 2018[1990], 2018a).

En el proceso de revisión más reciente, se cambiaron las categorías diagnósticas trans-específicas de *'Trastorno de identidad de género en adolescentes y adultos'* y *'Trastorno de identidad de género en niños'* en el DSM-IV-TR (APA 2000) a *'Disforia de género en adolescentes y adultos'* y *'Disforia de género en niños'* en el DSM-5 (APA 2013). En caso de la CIE, se puede observar un cambio de *'Transexualismo', 'Transvestismo de doble rol', 'Trastorno de identidad de género en la infancia', 'Otros trastornos de identidad de género'* y *'Trastornos de identidad de género, no especificados'* en la CIE-10 (OMS 2018[1990]) a *'Incongruencia de género en la adolescencia y adultez'* y *'Incongruencia de género en la infancia'* en el Borrador Beta de la CIE-11 (OMS 2018a). La finalización del proceso de revisión y publicación de la versión definitiva de la CIE-11 está prevista en 2018 (OMS 2018b). Mientras en el DSM los procesos de tránsito por los géneros siguen clasificados como trastorno mental (APA 2013), en caso del Borrador Beta de la CIE-11 las categorías diagnósticas trans-específicas se retiraron del Capítulo *'Trastornos Mentales y de Comportamiento'* y se incluyeron en un nuevo capítulo titulado *'Condiciones relacionadas con la salud sexual'* (OMS 2018a).

[9] Ansara, Hegarty 2012, 2014; Ehrensaft 2016; Green, Friedmann (eds) 2015[2013]; Langer, Martin 2004; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a; Spade 2006.

En el momento actual, se puede observar un amplio debate sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (dirigida a niñ*s pre-adolescentes), con posturas a favor o en contra de su retirada. Redes activistas trans regionales e internacionales, asociaciones profesionales regionales, profesionales de la salud, asociaciones de familias, autor*s individuales, así como organismos de Derechos Humanos aportaron argumentos a favor de la retirada. Autor*s individuales publicaron artículos a favor del mantenimiento del diagnóstico, mientras el Grupo de Trabajo de la OMS encargado de desarrollar las categorías diagnósticas trans-específicas, la asociación profesional internacional *WPATH, World Professional Association for Transgender Health,* así como algunas asociaciones de familias mantienen una posición dividida.

Entre los argumentos a favor del mantenimiento de la clasificación diagnóstica[10] se nombra la mayor facilidad de cobertura pública de la atención psicológica dirigida a niñ*s divers*s en el género y sus familias, la posibilidad de un seguimiento clínico de la diversidad de género en la infancia como prueba diagnóstica para dar acceso a bloqueadores hormonales en la adolescencia, así como el fomento de la investigación y formación sobre la temática.

En cambio, desde perspectivas críticas con la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia[11] se señala la ausencia de su utilidad clínica (teniendo en cuenta que niñ*s pre-puberales divers*s en el género no requieren acceso a tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas trans-específicas, y no sería ético realizarlos), el carácter occidental de una conceptualización de la diversidad de género como un problema de salud, así como el riesgo de discriminación y exposición a terapias reparativas. Además, se señala que no es necesario un proceso de vigilancia del desarrollo de la identidad de género durante la infancia para dar acceso a tratamientos hormonales en la adolescencia, a ser facilitados a través de un proceso de información y decisión informada. Asimismo, se observan contradicciones internas en el proceso de revisión de la CIE, en el que se propone la retirada de todas las categorías diagnósticas relacionadas con la orientación sexual, mientras se mantiene la patologización de la diversidad de género en la infancia. Finalmente, se resalta la falta de necesidad y justificación ética de una categoría diagnóstica para fomentar actividades de investigación y docencia.

3.3. Modelos de atención sanitaria a la diversidad de género en la infancia y adolescencia

Respecto a los modelos de atención sanitaria a la diversidad de género en la infancia y adolescencia, se puede diferenciar entre enfoques afirmativos y no afirmativos.

Con relación a los enfoques no afirmativos, diferentes asociaciones profesionales internacionales y regionales, entre ellas WPATH (Coleman, et al. 2012), condenan la continuada defensa teórica y aplicación clínica de terapias reparativas en diferentes partes del mundo (Rekers, Lovaas 1973; Zucker 1985, 2008; Zucker, et al. 2002). Autor*s contemporáne*s señalan

[10] De Cuypere, et al. 2013; Drescher 2013, 2014; Drescher, Pula 2014; Drescher, et al. 2016; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 1985, 2006, 2008, 2010; Zucker, Bradley 1995; Zucker, Spitzer 2005; Zucker, et al. 2002; Winter, et al. 2016.

[11] Cabral Grinspan 2017; Cabral, et al. 2016; GATE 2013a, 2013b, 2015, 2016; GATE, STP 2014; GATE, et al. 2017; Gender DynamiX, et al. 2014; ILGA-Asia 2015; ILGA World 2016; Iranti-org 2017; Riley 2017; STP 2013, 2014, 2015, 2016, 2017; Suess Schwend 2015, 2016, 2017a, 2017b; Suess Schwend, et al. 2018; TGEU 2014, 2015; Winter 2014, 2015, 2017; Winter, De Cuypere, et al. 2016; Winter, Diamond, et al. 2016; Winter, Ehrensaft, et al. 2016; Winter, Riley, et al. 2016.

el impacto negativo de las terapias reparativas en la salud y el bienestar de niñ*s, adolescentes y personas adultas (Pickstone-Taylor 2003; Pyne 2014b; Winters 2008).

La mayor parte de la bibliografía clínica actual se centra en enfoques afirmativos, quiere decir enfoques que apoyan la diversidad de género en la infancia y adolescencia. Entre estos enfoques afirmativos, se puede diferenciar entre un modelo de evaluación y un modelo de despatologización y decisión informada.

El modelo de evaluación[12] conceptualiza la diversidad de género en la infancia y adolescencia como un problema de salud que requiere de atención sanitaria, regulando el acceso a través de un proceso de evaluación psiquiátrica. Parte de un modelo binario y una conceptualización de la identidad de género como innata y fija.

Dentro del modelo de evaluación, se pueden encontrar diferentes posturas respecto a la recomendación de una transición social completa en la infancia, una transición social parcial, o la postergación de la transición social a un momento posterior, entendiendo bajo transición siempre un tránsito dentro del binario (De Vries, Cohen-Kettenis 2009, 2012; Drescher 2013, 2014; Drescher, Byne 2012; Drescher, Pula 2014). El interés clínico se dirige hacia el concepto de 'reversibilidad'[13], con el objetivo de descubrir criterios para diferenciar entre niñ*s divers*s en el género que mantienen su deseo de vivir con una identidad de género diferente a la asignada al nacer *('persisters')* y aquell*s que no mantienen este deseo durante la adolescencia o edad adulta *('desisters')*. L*s autor*s coinciden en el carácter imprevisible del desarrollo de la expresión / identidad de género, llegando a conclusiones diferentes respecto a la conveniencia de una transición social temprana o no. La búsqueda de criterios de diferenciación entre *persisters* y *desisters* ha sido criticado desde perspectivas teórico-activistas trans, señalando la inexistencia de tales criterios y su irrelevancia para el bienestar de la persona menor de edad (Winters 2014).

Respecto al tratamiento con bloqueadores hormonales, entre l*s autor*s que siguen un modelo de evaluación[14] se pueden encontrar diferentes posturas. Mientras algun*s autor*s recomiendan su uso, otr*s proponen postergar su aplicación por considerar el deseo de transitar en adolescentes una preferencia pasajera e inestable. En cualquier caso, se parte de la premisa de que el acceso a los tratamientos hormonales requiere un proceso de evaluación psiquiátrica y seguimiento del desarrollo de la expresión / identidad de género desde la infancia.

Como otro enfoque dentro de los modelos afirmativos se puede nombrar el modelo de despatologización y decisión informada[15] que conceptualiza la diversidad de género en la infancia y adolescencia como un proceso vital que no requiere necesariamente de atención sanitaria.

Desde esta perspectiva, se propone centrar la atención sanitaria a niñ*s y adolescentes divers*s en el género en la provisión de información, asesoramiento, acompañamiento y apoyo psicológico, para aquellas personas menores de edad y sus familias que desean tener acceso a

[12] Cohen-Kettenis, et al. 2011; De Vrier, Cohen-Kettenis 2009, 2012; Drescher 2013, 2014; Drescher, Byne 2012; Drescher, Pula 2014; Drummond, et al. 2008; Edwards-Leeper, Spack 2012; Steensma et al. 2010; Steensma, et al. 2013; Wallien, Cohen-Kettenis 2008.
[13] Drummond, et al. 2008; Steensma et al. 2010; Steensma, et al. 2013; Wallien, Cohen-Kettenis 2008.
[14] Cohen-Kettenis, et al. 2011; De Vries, Cohen-Kettenis 2012; Drescher 2013, 2014; Drescher, Pula 2014; Edwards-Leeper, Spack 2012.
[15] AMPGYL, Missé 2016; Benestad 2009, 2010; Dierckx, et al. 2016; Ehrensaft 2012, 2016; Katz-Wise, et al. 2017; Missé 2013; Olson, et al. 2016; Pickstone-Taylor 2003; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a, 2014b; Riley, et al. 2013; Suess Schwend 2016; Winter 2014, 2015.

tales servicios. Se sugiere facilitar a l*s niñ*s y adolescentes espacios seguros para una exploración de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias y fluidas, en estrecha colaboración con el ámbito familiar y educativo. Como otro rol de l*s profesionales de salud se identifica la prevención, la detección y el abordaje de situaciones de rechazo familiar, discriminación y violencia transfóbica. Además, se da especial importancia a la atención a aspectos de interseccionalidad en la vivencia de la persona menor de edad, quiere decir la influencia de múltiples dimensiones en su trayectoria, entre ellas la clase social, la procedencia cultural, pertenencia étnica, edad, estado de salud, diversidad funcional, etc.

Respecto al acceso a bloqueadores hormonales, en un modelo de despatologización y decisión informada, el acceso a un tratamiento con bloqueadores hormonales se considera como un derecho de la persona adolescente. Se recomienda facilitar el acceso a través de un proceso de información, asesoramiento y decisión informada. Al mismo tiempo, se muestra preocupación ante el riesgo de una excesiva medicalización de la diversidad de género en la adolescencia y potenciales efectos secundarios de los bloqueadores hormonales. Por esta razón, se recomienda ofrecer a las personas adolescentes el contacto con asociaciones y grupos de iguales, con el objetivo de que puedan obtener apoyo, conocer diferentes trayectorias y tomar conciencia del rol de la modificación corporal como una opción y no como un camino obligatorio.

En el contexto andaluz, en el proceso de implementación de la *Ley 2/2014, de 8 de julio, integral de no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía,* se modificó el modelo de atención sanitaria a personas trans en Andalucía. En 2015 se crearon *Unidades de Atención a Personas Transexuales (UAPT)* en todas las provincias andaluzas, y en 2016 se publicó el *Proceso Asistencial Integrado Atención sanitaria a personas transexuales adultas* (PAI-PTA; Torres Vela, et al. 2016) y el *Proceso Asistencial Integrado Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia* (PAI-PTIA; Tinahones, et al. 2016).

En los Procesos Asistenciales Integrados, se recomienda no utilizar códigos diagnósticos relacionados con la transexualidad y no realizar un proceso de evaluación psiquiátrica previo al acceso a los tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas, sino llevar a cabo un proceso de información, asesoramiento, acompañamiento y decisión informada. Atención Primaria adquiere un rol relevante en el proceso de atención, en el sentido de una primera acogida y exploración de la demanda, atención a aspectos sociales, derivación a la UAPT, así como acompañamiento y seguimiento continuado durante el proceso.

El marco legal establecido en la *Ley 2/2014, de 8 de julio,* reconoce el derecho de las personas menores de edad a la expresión e identidad de género y acceso a la atención sanitaria trans-específica.

En caso de niñ*s prepuberales, en el PAI-PTIA (Tinahones, et al. 2016) se recomienda que la atención se desarrolle ante todo en el ámbito de Atención Primaria, en el sentido de un acompañamiento y apoyo a la persona menor de edad y su familia, en colaboración con el ámbito educativo. Si se observan situaciones de sufrimiento psicológico o problemas de salud mental, se puede establecer el contacto con Salud Mental Comunitaria, y si se observan circunstancias sociales complejas, el contacto con profesionales de Trabajo Social del Centro de Salud. Además, el PAI-PTIA recomienda facilitar a las personas menores de edad y su familia el contacto con asociaciones y grupos de iguales (Tinahones, et al. 2016).

En caso de adolescentes, a partir del estadio Tanner II se puede ofrecer desde Atención Primaria la derivación a la UAPT para iniciar un tratamiento con bloqueadores hormonales, si la persona así lo desea. Personas adolescentes que han recibido tratamiento con bloqueadores hormonales o han completado el proceso de desarrollo puberal, pueden tener acceso a un tratamiento hormonal cruzado. En coherencia con el marco legal establecido, el PAI-PTIA indica que personas menores de 16 años requieren de la autorización por parte de l*s progenitores / responsables legales para iniciar un tratamiento hormonal. En cualquier caso, el tratamiento hormonal solo se puede iniciar bajo consentimiento de la persona menor de edad y teniendo en cuenta su interés superior. Para el acceso a intervenciones quirúrgicas trans-específicas, se requiere la mayoría de edad.

El modelo actual de atención sanitaria a personas trans en Andalucía se puede considerar como un referente y ejemplo de Buenas Prácticas a nivel internacional, al establecer un proceso de atención basada en la información, el acompañamiento y la decisión informada, en coherencia con el principio de *"autodeterminación de género"* establecido en la *Ley 2/2014, de 8 de julio,* las recomendaciones aportadas desde el activismo por la despatologización trans (STP 2012b), así como experiencias existentes en otros países y regiones (Cavanaugh, et al. 2016; Davy, et al. 2018; Schulz 2018).

A finales de 2017, se aprobó la *Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.* En esta Ley, se reafirman los derechos de las personas trans en general, y específicamente de las personas menores de edad, al reconocimiento de su expresión / identidad de género, acceso a la atención sanitaria trans-específica y protección de sus derechos. Además, en el artículo 28.4. de la *Ley 8/2017, de 28 de diciembre,* la recomendación de no aplicar procesos de evaluación psiquiátrica, establecida en los Procesos Asistenciales Integrados, se convierte en mandato legal: *"La asistencia psicológica a las personas LGTBI, incluidos los menores de edad, será la común prevista para el resto de las personas usuarias del sistema sanitario, sin que quepa condicionar la prestación de asistencia sanitaria especializada a estas personas a que previamente se deban someter a examen psicológico o psiquiátrico".*

3.4. Diversidad de género en la infancia y adolescencia en el ámbito familiar, educativo y social

Estudios recientes provenientes de diferentes regiones del mundo observan situaciones de homofobia y transfobia en el ámbito familiar, educativo y social[16]. En este sentido, se constatan situaciones de rechazo familiar por motivo de orientación sexual o expresión / identidad de género, una exposición de niñ*s y jóvenes LGTB a actitudes de discriminación en el ámbito educativo y social, así como formas de violencia institucional. Frecuentemente, se observa una intersección entre actitudes de homo/transfobia y otras formas de violencia, como la violencia xenófoba.

[16] Amnistía International 2013; Balzer, Hutta 2012; Berkins, Fernández 2005; Cabral, Hoffman 2009; COGAM 2013, 2016; Colorado GSA Network 2011; Comisión Europea 2011; Consejo de Europa 2011; EGALE 2011; FRA 2013, 2014; GLSEN 2012, 2016; Grant, et al. 2011; Hammarberg 2009; Human Rights Commission 2011; Human Rights Watch 2011; NATCEN Social Research s.a.; Sood 2010; TGEU, Balzer 2018b, 2018c; Whittle, et al. 2007; Whittle, et al. 2008; Winter, et al. 2009; Winters 2008.

Entre las consecuencias de la homo/transfobia se puede nombra la interrupción de la carrera escolar y académica, la exclusión laboral, social y sexual, así como problemas psicológicos y riesgo de suicidio. Además, se constatan actitudes de homo/transfobia internalizada y la adopción de comportamientos de riesgo.

Desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos, se han desarrollado recomendaciones para la protección de los derechos de niñ*s y adolescentes con una expresión / identidad de género diferente a la asignada al nacer, así como la prevención y el abordaje de actitudes transfóbicas[17]. En primer lugar, se recomienda el establecimiento de leyes y protocolos de actuación para proteger el derecho de la persona menor de edad al reconocimiento del nombre y género en clase, a vestirse y a usar las instalaciones (baños, vestuarios) según el género actual. Además, se señala que la aprobación de leyes y protocolos de actuación puede contribuir a la puesta en marcha de medidas de protección contra dinámicas de discriminación y violencia transfóbica.

Aparte del establecimiento de protocolos, en la bibliografía reciente se recomienda evitar la segregación por género en las actividades educativas, las instalaciones y las normas de vestuario. Además, se propone trabajar sobre estereotipos y normas de género de forma transversal con toda la clase, incluyendo reflexiones sobre el no binarismo, la diversidad de género y el rol de personas aliadas.

En el contexto andaluz, la *Ley 2/2014, de 8 de julio* y la *Ley 8/2017, de 28 de diciembre* reafirman el derecho de las personas menores de edad al reconocimiento de su nombre y expresión / identidad de género en el ámbito educativo. El *Protocolo de actuación sobre identidad de género en el sistema educativo andaluz,* publicado en 2015, establece el procedimiento a seguir para garantizar el reconocimiento del nombre y género en clase, para prevenir y abordar situaciones de discriminación y violencia transfóbica en el contexto escolar, así como para intervenir en caso de rechazo y/o violencia transfóbica en el ámbito familiar.

3.5. Reconocimiento legal del género en menores de edad

En muchos países del mundo, no existe ninguna legislación específica que regule el cambio registral del nombre y género. En aquellos países en los que existen leyes de identidad de género, en muchos casos se observa la presencia de requisitos médicos, entre ellos el diagnóstico, el tratamiento hormonal, la cirugía genital y la esterilización, así como requisitos relacionados con el estado civil (soltería o divorcio). Estos requisitos han sido denunciados como vulneraciones de Derechos Humanos por parte de organismos internacionales y regionales. Además, la mayoría de las leyes de identidad de género actualmente vigentes limitan su aplicación a mayores de 18 años (Davy, et al. 2017; Suess Schwend 2016, 2017b).

A lo largo de los últimos años, se han aprobado leyes de identidad de género sin requisitos médicos o requerimientos relacionados con el estado civil, incluyendo, en algunos casos, también a menores de 18 años, bajo medidas de protección específicas. En Malta, se incluye la posibilidad de no inscribir el género al nacer, siendo obligatorio su registro antes de que la persona cumpla

[17] AMPGYL, Missé 2014; Coll-Planas, Vidal 2013; GLEN 2011; GLSEN 2011, 2016; Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades 2015; Junta de Andalucía 2015; Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education s.a.; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a; Transgender Political Coalition Policy Committee 2012; Vancouver School Board 2014[2004].

18 años. En Noruega, la inscripción registral se puede cambiar más de una vez, un aspecto especialmente relevante en caso de niñ*s y adolescentes. Por el otro lado, en algunas de las leyes de identidad de género recientemente aprobadas se mantiene el requisito de un informe psicológico en caso de menores de edad, por ejemplo en Irlanda (Davy, et al. 2018).

En el contexto español, la *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas,* limita el cambio registral del nombre y género a personas mayores de 18 años, de nacionalidad española, estableciendo como requisito un informe psicológico incluyendo el diagnóstico de disforia de género, así como un certificado de dos años de tratamiento médico, habitualmente tratamiento hormonal. Al mismo tiempo, algunas asociaciones de familias informan haber conseguido el cambio de nombre, y en algunos casos la modificación de la inscripción del sexo para personas menores de edad (Chrysallis 2016).

3.6. Despatologización de prácticas de investigación

Desde una perspectiva teórica-activista de despatologización y Derechos Humanos, se denuncia la frecuente presencia de conceptualizaciones, terminologías, representaciones y prácticas clínicas patologizantes en la investigación sobre transexualidad en general, y específicamente en estudios sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia (Bouman, et al. 2017; Suess Schwend 2014, 2016, 2017b). Además, se observa una falta de inclusión de la perspectiva de menores de edad en proyectos de investigación, ante todo en caso de niñ*s pre-adolescentes.

Esta falta de inclusión puede deberse a dudas éticas respecto a la participación de menores de edad en procesos de investigación, a consecuencia de casos históricos de abusos, pero también a una falta de reconocimiento del interés de su aportación[18]. En la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU 1990[1989]), se establece el *"derecho del niño"* a *"expresar su opinión libremente"* y a la *"oportunidad de ser escuchado"*. Además, se puede señalar el interés de un conocimiento de las experiencias y necesidades de niñ*s y adolescentes divers*s en el género para orientar medidas de protección en el contexto sanitario y educativo. En la bibliografía reciente[19] se pueden encontrar propuestas de metodologías participativas y enfoques de ética de investigación con niñ*s y adolescentes.

A consecuencia de la observación de una presencia frecuente de conceptualizaciones, terminologías, representaciones y prácticas clínicas patologizantes en eventos académicos, en 2016 se crearon grupos de trabajo, con el objetivo de elaborar principios éticos para los congresos de *EPATH, European Professional Association for Transgender Health* y*WPATH, World Professional Association for Transgender Health* (Bouman, et al. 2017). Los principios éticos incluyen una referencia al uso de audiovisuales y fotografías en niñ*s y adolescentes, con el objetivo de evitar representaciones patologizantes y garantizar la protección de la privacidad de menores de edad (Bouman, et al. 2017).

En la Escuela Andaluza de Salud Pública, a lo largo de los últimos dos años he tenido oportunidad de coordinar un proyecto de investigación cualitativa titulado *"Opiniones sobre la atención a la diversidad de expresiones e identidades de género en Andalucía",* en cuyo marco se entrevistó a personas trans adultas, niñ*s y adolescentes divers*s en el género, madres y padres,

[18] Alldred 1989; Carter 2009; Chen, Sheperd 2009; Wells, et al. 2013; Willkinson 2000.
[19] Boyden, Ennew 1997; Davis, et al. 2009; Fisher, Mustanski 2014; Schwartz 2012; Willkinson 2000.

así como profesionales de la salud (Suess Schwend, et al. 2017). En caso de niñ*s y adolescentes, aparte de pedir la autorización a l*s representantes legales, se realizó un proceso de consentimiento informado verbal y por escrito con l*s menores de edad, en caso de niñ*s pre-adolescentes en formato de cómic. Como un resultado relevante se puede señalar la importancia otorgada por l*s niñ*s y adolescentes a la oportunidad de poder decidir sobre la participación o no participación en el estudio, así como el alto grado de reflexividad e interés de sus aportaciones.

3.7. Creación de nuevos imaginarios y espacios abiertos a la diversidad

Como otra temática relevante para la perspectiva teórico-activista de despatologización y Derechos Humanos se puede nombrar la creación de nuevos imaginarios y espacios abiertos a la diversidad (Missé 2012b; Suess Schwend 2016).

En este sentido, es importante resaltar la aportación de libros infantiles, antologías y otras publicaciones, documentales y películas para transmitir reflexiones sobre no binarismo de género y diversidad de género en la infancia y adolescencia.

Además, cabe destacar el rol relevante de asociaciones de familias abiertas a la diversidad, grupos de iguales, campamentos de jóvenes y otras iniciativas para fomentar el apoyo mutuo, intercambio de experiencias y conocimiento de una amplia diversidad de cuerpos, expresiones, identidades y trayectorias de género, incluyendo opciones no binarias. Este contacto puede contribuir a un mayor apoyo en el proceso y facilitar una decisión informada sobre procesos de modificación corporal.

Los recursos e iniciativas nombradas cobran importancia no solo para las personas trans y sus familias, sino para la sociedad en su conjunto, como oportunidad para el conocimiento, la reflexión compartida y la celebración de la diversidad.

4. Conclusiones y recomendaciones

Desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos, y en coherencia con el proceso de atención establecido en el PAI-PTIA (Tinahones, et al. 2016), el rol de Atención Primaria, y específicamente de la Pediatría, en la atención a la diversidad de género en la infancia y adolescencia se centra en tareas de información, asesoramiento, acompañamiento y apoyo, en estrecha colaboración con la familia y el ámbito educativo.

En este proceso, se recomienda evitar dinámicas de medicalización, desde la idea de que la diversidad de género en la infancia y adolescencia es un proceso vital que no necesariamente requiere de atención sanitaria.

La intervención de profesionales de Pediatría / Medicina de Familia se aconseja solo cuando la persona menor de edad y sus familiares la requieren para obtener información, asesoramiento, acompañamiento, apoyo psicológico y/o social en el proceso, y/o, en caso de personas adolescentes, para facilitar el acceso a un tratamiento de bloqueadores hormonales o tratamiento hormonal cruzado.

En el proceso de atención, se recomienda a l*s profesionales de la salud respetar las expresiones e identidades de género de l*s niñ*s y adolescentes, preguntar siempre a la persona menor de edad cómo quiere ser nombrada, e informarla de la posibilidad de cambiar los datos personales en la BDU y tarjeta sanitaria.

No se deben aplicar códigos diagnósticos relacionados con la transexualidad, ni realizar un proceso de evaluación psiquiátrica como paso previo al acceso a los tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas. En caso de que una familia solicite una evaluación psicológica para asegurarse de que su hij* *"realmente es trans"*, es importante transmitir a la familia de que la expresión / identidad de género no se puede evaluar desde fuera, es una decisión y un derecho de la persona que desea transitar por los géneros.

En caso de una demanda de tratamiento hormonal por parte de una persona adolescente (a partir del estadio Tanner II), desde Pediatría / Medicina de Familia se asumen tareas de exploración de la demanda, realización de primeras pruebas complementarias, interconsulta con la UAPT, seguimiento de la terapia hormonal y provisión de información sobre estilos de vida saludables y salud sexual y reproductiva. Aunque en caso de menores de 16 años se requiera la autorización de l*s responsables legales para el inicio de un tratamiento hormonal, es imprescindible informar de forma exhaustiva a la persona menor de edad y contar con su consentimiento explícito.

Se recomienda facilitar a l*s niñ*s y adolescentes espacios seguros para la libre exploración de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias. En este sentido, se sugiere transmitir a familiares y profesionales de la educación la idea de que la diversidad de género no es un problema o conflicto, sino una oportunidad de aprendizaje y enriquecimiento. Además, se recomienda ofrecer a la persona menor de edad y su familia el contacto con asociaciones y grupos de iguales.

L*s profesionales de Pediatría / Medicina de Familia adquieren además un rol relevante en la prevención, la detección y el abordaje de situaciones de rechazo familiar, discriminación o violencia por motivo de expresión / identidad de género, así como de otros aspectos interseccionales y circunstancias sociales que pueden influir en el bienestar de la persona menor de edad.

Finalmente, se recomienda a l*s profesionales crear representaciones respetuosas sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia en actividades de docencia e investigación, y realizar una autorreflexión sobre la propia expresión e identidad de género.

El respeto a la diversidad de género en la infancia y adolescencia ya es un deber legal en el contexto andaluz, además de un imperativo ético y de Derechos Humanos en el ejercicio profesional (Kara 2017). Además, abre la posibilidad de contribuir activamente a un proceso histórico de cambio social de la conceptualización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia, desde su clasificación diagnóstica como trastorno mental y problema de salud hacia su reconocimiento como Derecho Humano. El ámbito de la Atención Primaria, y específicamente de la Pediatría, se puede identificar como un ámbito privilegiado para contribuir a este cambio.

Referencias

1. Alldred, P. (1998). Ethnography and Discourse Analysis: Dilemmas in Representing the Voices of Children. En: Ribbens, J., Edwards, R. (eds.). Feminist Dilemmas in Qualitative Research. Public Knowledge and Private Lives, p. 147-170. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

2. Amnistía Internacional (2013). Because of Who I Am. Homophobia, Transphobia and Hate Crimes in Europe. London: AI.
3. AMPGYL, Asociación contra la Intolerancia X Género, Missé, M. (2016). Intolerancia X Género. Guía para la Infancia, Valencia: AMPGYL.
4. Ansara, Y.G., Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. Psychology and Sexuality 3(2):137–160.
5. Ansara, Y.G., Hegarty, P. (2014). Methodologies of Misgendering: Recommendations for Reducing Cisgenderism in Psychological Research. Feminism & Psychology 24(2):259–270.
6. APA, American Psychiatric Association (1980). DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington: APA.
7. APA, American Psychiatric Association (1987). DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised. Washington: American Psychiatric Association.
8. APA, American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association.
9. APA, American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual, 4th Edition, Text Revision. APA, American Psychiatric Association
10. APA, American Psychiatric Association (2013). DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.
11. Balzer, C., Hutta, J.S. (2012). Transrespeto versus Transfobia en el Mundo – Un Estudio Comparativo de la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Trans (TvT Report Spanish Version). Berlin: TGEU, Transgender Europe.
12. Bartlett, N.H., Vasey, P.L., Bukowski, W.M. (2000). Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder? Sex Roles 43(11-12):753–785.
13. *Bergero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M.V., Gómez Banovio, M., Gornemann Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinaria en el Sistema Público de Salud. Rev Asoc Esp Neuropsiq 89:9-20.*
14. Benestad, E.E.P. (2009). Addressing the disturbed, like ripples in water: Intervention with the social networks of children who transe. Sexual and Relationship Therapy 24(2):207–216.
15. Benestad, E.E.P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. Sexologies 2010;19(4):225—231.
16. Berkins, L., Fernández, J. (2005). La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2005.
17. Boyden, J., Ennew, J. (1997). Children in focus: A manual for participatory research with children. Stockholm: Save the Children.
18. Bryant, K. (2006). Making gender identity disorder of childhood: Historical lessons for contemporary debates. Sexuality Research & Social Policy 3(3):23–39.
19. Bouman, W.P., Suess Schwend, A., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J.D., Deutsch, M.B., Adams, N.H., Winter, S. (2017). Language and trans health. International Journal of Transgenderism 18(1):1-6 [first online: 2016].
20. Cabral, M. (2009). Asterisco. En: Cabral, M. (ed.). Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano, p. 14. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
21. Cabral, M. (2010). Autodeterminación y libertad. Página12, Suplemento Soy, 22/10/2010.
22. Cabral, M. (2014). Leyendo entre líneas. Día de Acción Mundial por la Despatologización Trans. Página12, Suplemento Soy, 17/10/2014.
23. Cabral Grinspan, M. (2017). Right Answers. Arch Sex Behav 46(8):2505-2506. doi: 10.1007/s10508-017-0943-3.
24. Cabral, M., Hoffman, J. (2009). Me preguntaron cómo vivía / sobreviviendo, dije, sobreviviendo… Trans Latinoamericanas en situación de extrema pobreza. Nueva York: International Gay and Lesbian Human Rights Commission.
25. Cabral, M, Suess, A., Ehrt, J., Seehole, T.J., Wong, J. (2016). Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective. The Lancet Psychiatry 3(5):405-406.
26. Carter, B. (2009). Ticket box for child? The ethical positioning of children as vulnerable, researchers as barbarians and reviewers as overly cautious. International Journal of Nursing Studies 46:858-864.
27. Cavanaugh, T., Hopwood, R., Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender Nonconforming Patients. AMA Journal of Ethics 18(11):1147-1155. doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611
28. Chen, D.T., Sheperd, S.L. (2009). When, Why and How to Conduct Research in Child and Adolescent Psychiatry: Practical and Ethical Considerations. Psychiatr Clin 32:361-380.
29. Chrysallis, Asociación de familias de menores transexuales (2016). Novedades en la rectificación del sexo registral de menores transexuales.
30. COGAM (2013). Homofobia en las aulas 2013. ¿Educamos en la diversidad afectivo sexual? Madrid: Grupo de Educación de COGAM.

31. COGAM (2016). Ciberbullying LGBT-fóbico. Nuevas formas de intolerancia. Madrid: Grupo de Educación de COGAM.
32. Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D., de Vries, A.L. (2011). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 20(4):689-700. doi: 10.1016/j.chc.2011.08.001
33. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J, et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, 7th Version. WPATH, World Professional Association for Transgender Health.
34. Coll-Planas, G., Vidal, M. (2013). Dibujando el género. Barcelona, Madrid: Egales Editorial
35. Colorado GSA Network (2011). Make it safe. A Resource Guide for Students Combating Bullying, Homophobia, and Transphobia in Schools. Colorado: Colorado GSA Network.
36. Consejo de Europa (2011). Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity, 2nd Edition. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
37. Davis, T.S., Saltzburg, S., Locke, C.R. (2009). Supporting the emotional and psychological wellbeing of sexual minority youth: Youth ideas for action. Children and Youth Services Review 31(9):1030–1041.
38. Davy, Z., Sørlie, A., Suess Schwend, A. (2018). Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. Critical Social Policy 38(1):13-34 [online first 2017; Sep 25]. doi: 10.1177/0261018317731716
39. De Cuypere, G., Knudson, G., Green, J. (2013). WPATH Consensus Process regarding Transgender and Transsexual-Related Diagnoses in ICD-11. WPATH, World Professional Association for Transgender Health.
40. De Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2009). Review of World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care for Children and Adolescents with Gender Identity Disorder: A Need for Change? International Journal of Transgenderism 11(2):100–109.
41. De Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. Journal of Homosexuality 59(3):301–320.
42. Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. Int Review Psychiatry 28(1):26-43.
43. Drescher, J. (2013). Gender Identity Diagnoses: History and Controversies. Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Series Focus on Sexuality Research 137-150.
44. Drescher, J. (2014). Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health 1:10–14 [online ahead of print 2013].
45. Drescher, J., Byne, W. (2012). Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn. J Homosex 59(3):501–510.
46. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P.T., Reed, G.M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, a rational. Lancet Psychiatry 3(3):297-304.
47. Drescher, J., Pula, J. (2014). Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. Hastings Cent Rep 2014;44 Suppl 4:S17–S22.
48. Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., Zucker, K. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. Developmental Psychology 44(1):34–45.
49. Edwards-Leeper, L., Spack, N.P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. J Homosex 59(3):321–336.
50. EGALE, Canada Human Rights Trust (2011). Every Class in Every School: Final report on the first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian Schools. Winnipeg, Manitoba: EGALE.
51. Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. J Homosex 59(3):337–356.
52. Ehrensaft, D. (2016). The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children Who Live Outside Gender Boxes. New York: The Experiment.
53. Fisher, C.B., Mustanski, B. (2014). Reducing Health Disparities and Enhancing the Responsible Conduct of Research Involving LGBT Youth. Hastings Center Report 44(s4):S28–S31.
54. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (2013). EU LGBT survey: Main results. Luxembourg: FRA Publications Office.
55. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
56. GATE, Global Action for Trans Equality (2012). Es tiempo de reforma. Cuestiones de Salud Trans* en la Clasificación Internacional de Enfermedades.
57. GATE, Global Action for Trans Equality (2013a). Critique and Alternative proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group, Buenos Aires, April 4 – 6.
58. GATE, Global Action for Trans Equality (2013b). GATE Statement on the International Day of Action for Trans* Depathologization.
59. GATE, Global Action for Trans Equality (2015). We Are Unstoppable! GATE Statement on the International Day of Action for Trans* Depathologization.
60. GATE, Global Action for Trans Equality (2016). Que sea verdad.

61. GATE, Global Action for Trans Equality, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2014). New Developments in the ICD Revision Process.
62. GATE, Global Action for Trans Equality, STP, International Campaign Stop Trans Pathologization, TGEU, Transgender Europe, APTN, Asia Pacific Transgender Network, Akahata Equipo de Trabajo en Sexualidades y Géneros, Iranti-org, ILGA, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (2017). Statement on the International Day of Action for Trans Depathologization 2017.
63. Gender DynamiX, TIA, SHE (2014). Cape Town Declaration Gender Incongruence in Childhood.
64. GLEN, Gay & Lesbian Equality Network (2016). 'Being LGBT in school'. A Resource for Post-Primary Schools to Prevent Homophobic and Transphobic Bullying and Support LGBT Students. Leinster: GLEN.
65. GLSEN, Gay, Lesbian & Straight Education Network (2012). Playgrounds and Prejudice, Elementary School Climate in the United States. New York, Washington: GLSEN.
66. GLSEN, Gay Lesbian Straight Education Network, Fundación Todo Mejora (2016). Kit Espacio Seguro. Guía para ser un/a Aliado/a de Estudiantes LGBT. New York, Santiago de Chile: GLSEN, Fundación Todo Mejora.
67. Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., et al. (2011). Injustice at every turn: A Report of the National Transgender Discrimination Study
68. Green, F.J., Friedman, M (eds.) (2015[2013]). Buscando al final del arcoíris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género. Barcelona: Edicions Bellaterra.
69. Hammarberg T, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009). Informe Temático Derechos Humanos e Identidad de Género. CommDH/IssuePaper(2009)2.
70. Human Rights Commission (2008). To Be Who I am. Report on the Inquiry into Discrimination Experienced by Transgender People. Auckland, Wellington, Christchurch: HRC.
71. Human Rights Watch (2011). "We'll Show You You're a Woman". Violence and Discrimination against Black Lesbians and Transgender Men in South Africa.
72. ILGA-Asia (2015). Statement on Gender Incongruence in Childhood.
73. ILGA-Europe (2012). ILGA-Europe's statement on the occasion of the International Day for Trans and Intersex Depathologisation (20 October 2012).
74. ILGA World (2016). Statement on Gender Incongruence in Childhood.
75. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2015). Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Iranti-org (2017). Ending Pathological Practices against Trans and Intersex Bodies in Africa. Johannesburg: Iranti-org.
76. Kara, S. (2017). Gender is not an illness. How pathologizing trans people violates international human rights law. GATE, Global Action for Trans Equality.
77. Katz-Wise. S.L., Budge, S.L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., et al. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. Inter J Transgenderism. doi: 10.1080/15532739.2017.1304312
78. Junta de Andalucía (2014). Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.
79. Junta de Andalucía (2015). Protocolo de actuación sobre identidad de género en el sistema educativo andaluz.
80. Junta de Andalucía (2017). Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.
81. Langer, S., Martin, J. (2004). How dresses can make you mentally ill: Examining gender identity disorder in children. Child & Adolescent Social Work Journal 21:5–23.
82. Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education (s.a.). Guidance for Massacusetts Public Schools. Creating a Safe and Supportive School Environment. Nondiscrimination on the Basis of Gender Identity.
83. Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. Arch Sex Behav 39(2):461–76.
84. Missé, M. (2010). Epílogo. En: Missé, M., Coll-Planas, G. (eds.). El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad, p. 265-276. Barcelona / Madrid: Egales.
85. Missé, M. (2012a). La lucha por la despatologización trans y perspectivas de futuro del movimiento trans en Barcelona.
86. Missé, M. (2012b). Transsexualitats. Altres Mirades Possibles. Barcelona: Col·lecció Textos del Cuerpo.
87. Missé, M. (2013). ¿Niños transexuales? Barcelona: Idem TV.
88. Missé, M., Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. Norte de salud mental VII(38):44-55.
89. NatCen Social Research (s.a.). Tackling homophobic, biphobic and transphobic bullying among school-age children and young people. London: NatCen Social Research.
90. Olson, K., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin. K. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. Pediatrics 137. doi:10.1542/peds.2015-3223

91. OMS, Organización Mundial de la Salud (1975). ICD-9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 9th Rev. Geneva: OMS.
92. OMS, Organización Mundial de la Salud (2018[1990]). ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Ginebra: OMS.
93. OMS, Organización Mundial de la Salud (2018a). ICD-11 Beta Draft.
94. OMS, Organización Mundial de la Salud (2018b). The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) is due by 2018!
95. ONU, Organización de las Naciones Unidas (1990[1989]). Convención sobre los Derechos del Niño.
96. Pickstone-Taylor, S.D. (2003). Children with Gender Nonconformity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 42(3):266.
97. Platero, R.L. (2009). Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. Política y Sociedad 46(1,2):107-128.
98. Platero, R.L. (2011). The narratives of transgender rights mobilization in Spain. Sexualities 2011;14(5):597-614.
99. Platero, R.L. (2014a). The Influence of Psychiatric and Legal Discourses on Parents of Gender-Nonconforming Children and Trans Youth in Spain. Journal of GLBT Family Studies 2014;10(1-2):145-167.
100. Platero, R.L. (ed.) (2014b). Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2014.
101. Principios de Yogyakarta (2009). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.
102. Yogyakarta Principles +10 (2017).
103. Pyne, J. (2014a). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. Canadian Journal of Human Sexuality 23(1):1-8.
104. Pyne, J. (2014b). The governance of gender non-conforming children: a dangerous enclosure. Annual Review of Critical Psychology 11:79-96.
105. Rekers, G.A., Lovaas, O.I. (1974). Behavioral Treatment of Deviant Sex-Role Behaviors in a Male Child. Journal of Applied Behavior Analysis 7(2):173-190.
106. Riley, E. (2017). Being Human. Arch Sex Behav 46(8):2517-2518. doi: 10.1007/s10508-017-0941-5
107. Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L., Diamond, M. (2013). Recognising the needs of gender-variant children and their parents. Sex Education 13(6):644-659. doi: 10.1080/14681811.2013.796287
108. Schulz, S.L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. Journal of Humanistic Psychology 58(1):72-92. doi: 10.1177/0022167817745217
109. Schwartz, D. (2012). Listening to Children Imagining Gender: Observing the Inflation of an Idea. J Homosex 59(3):460–479.
110. Sood, N. (2010). Transgender People's Access to Sexual Health and Rights: A Study of Law and Policy in 12 Asian Countries. ARROW, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women.
111. Spade, D. (2006). Mutilating Gender. En: Stryker, S., Whittle, S. (eds.). The Transgender Studies Reader, p. 315-332. New York, London: Routledge.
112. Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry 16(4):499–516.
113. Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J., Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 52(6):582–590.
114. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2010[2009]). Objetivos.
115. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2011). Comunicado de STP-2012: Reflexiones despatologización trans y derechos sanitarios.
116. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2012a). Comunicado de STP-2012: Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos.
117. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2012b). Comunicado de STP-2012: Reflexiones sobre los SOC-7.
118. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2013). Comunicado de STP: Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5.
119. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2014). Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014.
120. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2015). Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015.
121. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2016). Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2016.
122. STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2017). Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2017.

123. Suess Schwend, A. (2010). Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En: Missé, M., Coll-Planas, G. (eds.). El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad, p. 29-54. Barcelona, Madrid: Egales.
124. Suess Schwend, A. (2011). Despatologización trans y práctica arteterapéutica. Arte y Políticas de Identidad 4:63-80.
125. Suess Schwend, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. Revista de Estudios Sociales 49:128-143.
126. Suess Schwend, A. (2015). Nos preocupa la patologización de la diversidad de género en la infancia.
127. Suess Schwend, A. (2016). "Transitar por los géneros es un derecho": Recorridos por la perspectiva de despatologización. Granada: Universidad de Granada.
128. Suess-Schwend, A. (2017). Gender Diversity in Childhood: A Human Right. Archives of Sexual Behavior 48(46):2519-2520. doi: 10.1007/s10508-017-0938-0
129. Suess Schwend, A. (2017). Despatologización. En: Platero Méndez LR, Rosón M, Ortega E (eds). Barbarismos queer y otras esdrújulas, p. 140-151. Barcelona: Edicions Bellaterra.
130. Suess Schwend, A., Espineira, K., Crego Walters, P. (2014). Depathologization. TSQ, Transgender Studies Quarterly 1(1-2):73-77.
131. Suess Schwend, A., Maroto Navarro, G., Marquina Márquez, A., Bustamante Elvira, S., López Doblas, M., Ruiz Azarola, A., Tamayo Velázquez, M.I., García Toyos, N., Escudero Carretero, M.J., Danet Danet, A., Ruiz Román, P. (2017). "El derecho a la autodeterminación de género" – Explorando la experiencia de diferentes agentes clave con modelos de atención sanitaria trans-específica en Andalucía. Gac Sanit (31 Especial Congreso):152.
132. Suess Schwend, A., Winter, S., Chiam, Z., Smiley, A., Cabral Grinspan, M. (2018). Depathologising gender diversity in childhood in the process of ICD revision and reform. Global Public Health. doi: 10.1080/17441692.2018.1427274 [Epub ahead of print]
133. TGEU, Transgender Europe, ILGA-Europe (2009). Malta Declaration.
134. TGEU, Transgender Europe (2014). A step in the right direction: WHO proposes to remove F64 "gender identity disorders" from the mental and behavioural disorders chapter. TGEU Statement.
135. TGEU, Transgender Europe (2015). TGEU calls upon WHO to support gender variant children, not label them as "sick".
136. TGEU, Transgender Europe, Balzer C. (2018a). Terminología.
137. TGEU, Transgender Europe, Balzer C. (2018b). Criminalización y persecución de personas trans.
138. TGEU, Transgender Europe, Balzer C. (2018c). Observatorio de Personas Trans Asesinadas. Cifras absolutas.
139. Tinahones Madueño FJ (coord), et al. (2016). Proceso Asistencial Integrado: Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia. Sevilla: Junta de Andalucía.
140. Torres Vela E (coord.), et al. (2016). Proceso Asistencial Integrado: Atención sanitaria a personas transexuales adultas. Sevilla: Junta de Andalucía.
141. Transgender Political Coalition Policy Committee (2013). Best Practices for Serving Transgender and Gender Non-Conforming Students in Schools.
142. Vancouver School Board (2014[2004]). Draft Revised Policy and Regulations: Sexual Orientation and Gender Identities (ACB and ACB R1).
143. Wallien, M.S.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 47(12):1413–1423.
144. Whittle, S., Turner, L., Al-Alami, M. (2007). Engendered Penalities: Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination. Manchester: Press for Change, Manchester Metropolitan University.
145. Whittle, S., Turner, L., Combs, R., Rhodes, S. (2008). Transgender Eurostudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care. Brussels / Berlin: ILGA Europe / TGEU.
146. Wilkinson, J. (2000). Children and Participation: Research, monitoring and evaluation with children and young people. London: Save the Children.
147. Winter, S. (2014). Gender Troubles: What's Wrong with the WHO Proposal for Gender Incongruence in Childhood.
148. Winter, S. (2015). Enhancing Lives by Depathologizing Trans.
149. Winter, S. (2017). Gender trouble: The World Health Organization, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 and the trans kids. Sexual Health 14(5):423-430. doi: 10.1071/SH17086
150. Winter, S., Chalungsooth, P., The, K.Y., et al. (2009). Transpeople, Transprejudice and Pathologization. A Seven-Country Factor Analytic Study. International Journal of Sexual Health 21(2):96-118.
151. Winter, S., De Cuypere, G., Green, J., Kane, R., Knudson, G. (2016). The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. Arch Sex Behav 45:1605-1614.
152. Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. The Lancet 367. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8

153. Winter, S., Ehrensaft, D., Pickstone-Taylor, S., De Cuypere, G., Tando, D. (2016). The psycho-medical case against a gender incongruence of childhood diagnosis. The Lancet Psychiatry 3(5):404-405.
154. Winter, S., Riley, E., Pickstone-Taylor, S., Suess, A., Winters, K., Griffins, L, et al. (2016). The "Gender Incongruence of Childhood" diagnosis revisited: A statement from clinicians and researchers.
155. Winters, K. (2008). Gender Madness in American Psychiatry: Essays from the Struggle for Dignity. Colorado: GID Reform Advocates.
156. Zucker, K.J. (2006). "Commentary on Langer and Martin's (2004) "How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children". Child and Adolescent Social Work Journal 23(5/6):533–555.
157. Zucker, K.J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56:358-364.
158. Zucker, KJ. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. Arch Sex Behav 39(2):477–98.
159. Zucker, K.J., Bradley, S.J. (1995). Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. New York: Guilford Press.
160. Zucker, K.J., Spitzer, R.L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. Journal of Sex & Marital Therapy 31(1):31–42.
161. Zucker, K.J., Wood, J., Singh, D., Bradley, S.J. (2002). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. J Homosex 2002;59(3):369–397

22j

pap andalucía

22 jornadas de pediatría de atención primaria de andalucía

16 y 17 de marzo de 2018 | MÁLAGA

Trabajando por la infancia, trabajando para el futuro

Resúmenes

AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Comunicaciones Científicas

asociación andaluza
de pediatría
de atención primaria

AIEPI COMUNITARIO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE BARRIOS MARGINALES DE TEGUCIGALPA EN 2017

Álvarez Casaño María: Conde Thais; Ledesma Albarrán Juana María.

1. Hospital materno-infantil de Málaga. 2. Estudiante de medicina Universidad de Málaga. 3. Centro de Salud las Delicias, Málaga.

ANTECEDENTES:

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), surge para asegurar el bienestar general del niño, su crecimiento y desarrollo, y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad asociadas.

AIEPI comunitario pretende mejorar los conocimientos y prácticas de la familia para sobrellevar el autocuidado del niño, mejorar el entorno y prevenir enfermedades.

OBJETIVOS:

Conocer las condiciones de los hogares de familias de un barrio extremadamente marginal de Tegucigalpa (Honduras), así como el estado de salud de los niños.

METODOLOGIA:

Para la recogida de datos se realizaron 36 visitas domiciliarias.

Se recogieron variables epidemiológicas como edad, estado de salud, enfermedades previas, IMC, nutricionales, así como variables para evaluar su residencia; cocina, aseo, nº habitaciones o estado de la casa.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 45 pacientes (60% mujeres). Edad media: 8.38 años (rango: 6-15). El IMC medio fue 16.4 (10.2-20.7), encontrándose el 62.2% en normopeso, 12% en riesgo de desnutrición, y 6.7% desnutrición aguda. El 35% de los niños tenían antecedentes de enfermedades infecciosas, siendo el chicungunya el más frecuente. El 60% convivían con familiares con patología infecciosa previa. El 100% vivían en ambiente rural. El número de convivientes medio fue 5.9 (rango: 2- 16), con una media de 4 niños en edad escolar. En el 55% de las familias estaban todos los niños escolarizados. En el 64.4% la vivienda era de madera y 35.6% de ladrillo. El número de dormitorios medio fue 1.8 +- 0.8(1-4), el 77.2% usaban letrina, pozo séptico 20% y WC solo el 2.2%. El 42.2% tenían ducha. Usaban jabón para el aseo personal el 35%. En la cocina usaban fuego el 49%. Sufrían inundaciones tras lluvias el 37%, y estancamiento de agua el 40%. El 71% tenían animales en casa, 2.8 de media, (0-19),prevaleciendo las aves. El 74% quemaba la basura, la echaban al campo el 7% y al camión el 20%. Tan solo el 37% usaban agua potable, el 15% consumían agua de lluvia, y el 47% agua no potable, a la que no le aplicaban ningún tratamiento el 29%, 4.4% la tomaban hervida, clorada el 13% o filtrada el 15%. En cuanto a la alimentación, el 100% disponían de arroz, frigoles, maíz y huevos, tan solo el 20% consumían fruta y el 78% nunca consumía carne o pescado.

CONCLUSIONES:

Destacar la importancia de trabajar mejorando las condiciones sociosanitarias en estas comunidades, para así lograr una mejora en el estilo de vida y en la salud de la población.

FLEBECTASIA DE LA VENA YUGULAR INTERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cintia Aguilar Albarracín; Tamara María Polo González; Joanna Martínez Moya; Ana Isabel Armenteros López; María Isabel Mañas Uxó; Rosario Resola Camacho

1.Hospital Torrecárdenas, Almería. 2.Centro de Salud Ciudad Jardín, Almería. 3.Clínica Mediterráneo, Almería.

Introducción:
La flebectasia de la vena yugular interna es una dilatación fusiforme que se presenta como una tumoración cervical asintomática, localizada en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Se trata de una masa blanda, no dolorosa ni pulsátil que aparece o aumenta de tamaño con el esfuerzo, la tos o la maniobra de Valsalva, desapareciendo en reposo. Se considera una lesión benigna poco frecuente y que está infradiagnosticada. Es más frecuente en la infancia y en varones. En muchos casos es de causa idiopática. Salvo complicaciones, el manejo es conservador.

Caso clínico:
Varón de 6 años de edad que consulta en su pediatra de Atención Primaria porque los padres le notan una tumoración cervical anterior derecha al hablar y con los esfuerzos, de una semana de evolución, no dolorosa. No traumatismo previo, fiebre ni otra sintomatología. No presenta antecedentes personales de interés. En la exploración física el paciente presenta una buen estado general, y en reposo la inspección y palpación del cuello es normal. Al hablar y toser se palpa una tumoración en región cervical derecha, anterior al músculo esternocleidomastoideo, no dolorosa, blanda y reductible y que desaparece de nuevo con el reposo. Resto de la exploración física normal. Se solicita una ecografía cervical que muestra una dilatación fusiforme de la vena yugular interna derecha al realizar la maniobra de Valsalva, compatible con flebectasia de la vena yugular interna derecha. Al no presentar sintomatología ni complicaciones en el momento actual, se decide seguimiento ambulatorio periódico en la consulta.

Conclusiones:
- Las tumoraciones cervicales son frecuentes en Pediatría, si bien las flebectasias son poco frecuentes, por lo que es importante para el Pediatra de Atención Primaria tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial. - La historia clínica y la exploración física son claves en el diagnóstico.
- La ecografía clásica, y sobre todo la ecografía Doppler color, constituyen la mejor opción para investigar la flebectasia del sistema venoso yugular y, aun siendo infrecuentes, descartar complicaciones como la existencia de trombos.
- Es importante saber que, dado que se trata de una patología benigna y autolimitada, el tratamiento suele ser conservador, realizando controles periódicos y reservando la cirugía en caso de complicaciones asociadas o defecto estético relevante

¿QUÉ HACER ANTE UNA ELEVACIÓN DE TSH AISLADA? REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE HIPERTIROTROPINEMIAS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

Aguilera Nieto, Lidia; Álvarez Castaño, María; López Siguero, Juan Pedro
Hospital Materno-Infantil, Málaga

ANTECEDENTES
La hipertiroproteinemia aislada, consistente en la elevación de la TSH (valor entre 5-20 mUI/L), con cifras normales de hormonas tiroideas y ausencia de bocio y /o sintomatología, es motivo frecuente de derivación a la consulta de Endocrinología Infantil. Este aumento de la determinación de TSH, conlleva una alarma familiar innecesaria, así como un incremento del coste sanitario.
OBJETIVO
Analizar las características y actitud diagnostico-terapéutica en los pacientes con hipertiroproteinemia aislada derivados desde Atención Primaria a la consulta de Endocrinología, así como los costes implicados.
METODOLOGIA
Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con elevación de TSH aislada que acudieron a Endocrinología Infantil derivados de Atención Primaria, en los últimos 3 años (Enero 2015 – Diciembre 2017). Se excluyeron aquellos pacientes con bocio, sintomatología evidente de hipotiroidismo, enfermedades autoinmunes, cromosomopatías, tratamiento con fármacos bociógenos (antiepilépticos) o afectos de hipotiroidismo congénito. Se recogieron variables epidemiológicas: edad, sexo, obesidad/sobrepeso, valor de TSH en la primera visita y tras sucesivas revisiones, valor de antiTPO, necesidad de tratamiento, número de consultas, tiempo de seguimiento y costes totales. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias relativas, y las cuantitativas como media +/- desviación estándar
RESULTADOS
Se obtuvieron 155 pacientes (54.2% mujeres). Media de edad: 7,8 +/- 3,6 años. El 28.4% presentaban sobrepeso u obesidad. La cifra de TSH en la primera visita fue de 7,8 +/- 2,1 mUi/L, normalizándose su valor en la segunda determinación en el 45.7% de los casos. Los anticuerpos antiTPO se habían solicitado desde atención primaria en un 50.9% de los casos, siendo positivos en el 7.7% de los pacientes. El seguimiento medio fue de 7,7 +/- 6,8 meses, con una media de consultas de 2,3 +/- 0,8 por paciente. Tan solo el 6.5% de los pacientes precisaron tratamiento. Un 76% fue dado de alta en el primer año (aunque la cifra es mayor, puesto que existe un sesgo al haber transcurrido poco tiempo en los pacientes del 2017).
Respecto a los costes, atendiendo al coste medio de las analíticas sanguíneas (12€/paciente) junto al coste medio de las consultas (229€/paciente), el coste total por paciente fue 241,54 €.
CONCLUSIONES
Destacar que en el 45.7% de los casos, el valor de TSH se normaliza tras la repetición del mismo, con la consiguiente alta de Endocrinología. Esto, junto con el coste medio derivado de la asistencia especializada, nos hace plantearnos si todos los pacientes con hipertirotropinemia aislada deben derivarse a Endocrinología Infantil.

ENFERMEDAD DE BERGER, UNA ENTIDAD CLÍNICA FRECUENTE EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Almagro Tello, Antonio; Viedma Chamorro, Gloria; del Campo Muñoz, Tomás; Garrido Casado, Jesús; Ávila Casas, África, Gómez Garrido, Inmaculada

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Berger es una glomerulonefritis aguda mediada por inmunocomplejos, de etiología no clara, asociada a procesos infecciosos respiratorios y/o digestivos. Es la glomerulonefritis primaria más frecuente, teniendo distintas formas de presentación que debemos conocer.

CASO CLÍNICO:

Varón de 12 años que consulta en su Centro de Salud (C.S) por fiebre elevada, odinofagia, cefalea y molestias urinarias de 24 horas de evolución junto con orinas colúricas de horas de evolución.

Antecedentes familiares: abuelo paterno: enfermedad renal crónica (ERC) terminal.

Exploración: amígdalas hipertróficas e hiperémicas con exudado grisáceo. Resto normal.

Se solicita tira de orina: leucocitos (+), nitritos (+), proteinuria (+++), hematíes (+++) y cultivo de exudado faríngeo (negativo)

Derivación a Hospital.

En Urgencias pediátricas: analítica con 24.640 leucocitos (fórmula normal), creatinina 1,24mg/dL y PCR 100,7mg/L, nueva tira de orina con resultados similares (confirmándose hematuria de origen glomerular y proteinuria) con urocultivo (negativo).

Ingreso hospitalario: tratamiento con amoxicilina-clavulánico, antitérmicos y fluidoterapia i.v.

Nueva analítica: serologías virales (negativas), inmunoglobulinas, complemento, ANA´s y ASLO normales

Presentó episodio de oliguria sin edemas ni HTA (tratada con furosemida oral) y elevación de marcadores de daño renal, normalizándose paulatinamente reactantes de fase aguda y temperatura corporal. Controles urinarios con hematuria y proteinuria intensas (llegando a rango nefrótico) que mejoraron en días sucesivos

Ecografía-doppler renal por dolor intenso súbito en fosa renal izquierda al séptimo día del ingreso, con hallazgos sugestivos de inflamación parenquimatosa renal.

Al décimo día de ingreso: biopsia renal: glomerulonefritis por IgA proliferativa mesangial iniciándose bolos de metil prednisolona i.v y prednisona oral en dosis decrecientes posteriormente. Alta hospitalaria con revisiones en su C.S y Nefrología infantil

En controles semanales en su C.S: asintomático, sin HTA, edemas ni proteinuria, persistiendo microhematuria que desapareció tras varias semanas, con retirada exitosa de corticoterapia.

Posteriormente hematuria macroscópica monosintomática coincidiendo con proceso catarral

CONCLUSIONES:

Debemos considerar su diagnóstico ante todo niño con hematuria macroscópica de características glomerulares en brotes, coincidiendo con procesos infecciosos respiratorios y/o digestivos.

Importante hacer diagnóstico diferencial con otras entidades causantes de hematuria glomerular: glomerulonefritis postinfecciosa, glomerulonefritis membrano proliferativa, nefropatía lúpica, síndrome de Alport o síndrome nefrótico, siendo muy útil la realización de analítica que incluya inmunoglobulinas y complemento.

Derivar a Nefrología infantil si: HTA, signos de insuficiencia renal, hematuria macroscópica sin etiología clara o recurrente, hematuria asociada a proteinuria importante o historia familiar sugestiva de nefritis hereditaria.

Necesario seguimiento durante años por su potencial evolución a ERC.

GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA COMO CAUSA DE SÍNDROME NEFRÍTICO AGUDO EN PEDIATRÍA. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

Almagro Tello, Antonio; Viedma Chamorro, Gloria; del Campo Muñoz, Tomás, Gómez Garrido, Inmaculada; Castillejo Nieto, Cristina; Jiménez Jurado, Beatriz

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAPI) es una lesión inflamatoria de predominio glomerular como respuesta inmunológica a una infección causada generalmente por S. pyogenes, de evolución normalmente favorable.

CASO CLÍNICO

Varón de 4 años, acude al Centro de Salud (C.S) por edema palpebral bilateral de varios días de evolución, con extensión posterior a región escrotal y suprapúbica, disminución de diuresis y ganancia ponderal de 2 kg en 24 horas.

AP: catarro de vías altas con otitis media la semana previa.

AF: enfermedad renal crónica terminal (tío y primo maternos)

EF: se constatan edemas. Resto normal.

Toma de tensión arterial (TA): 120/80 mmHg (>p95) y tira de orina: hematuria y proteinuria (++)

Sospecha clínica: síndrome nefrítico: derivación hospitalaria.

Al ingreso: analítica: hemoglobina 10g/dL, urea 84mg/dL, y sistemático de orina: leucocituria (descartada en sedimento urinario), proteinuria y hematuria (confirmadas)

Inicia restricción hidrosalina con controles (peso, balance hídrico y TA) diarios y se solicitan inmunoglobulinas (normales), complemento (C3 disminuido), ASLO (elevados), serologías virales (negativas), cultivo de frotis faríngeo (S. pyogenes), urocultivo (negativo) y ecografía renal y de vías urinarias (normal)

Se diagnostica de glomerulonefritis aguda postinfecciosa por S. pyogenes: tratamiento: penicilina V y furosemida oral ante persistencia de edemas y TA elevada. Aparece disnea súbita con hallazgos radiológicos de derrame pleural incipiente, descartándose insuficiencia cardiaca congestiva (ecocardiografía doppler).

Evolución muy favorable, progresiva mejoría de edemas y TA, hasta normalización.

Tras 10 días de ingreso, alta hospitalaria con tratamiento diurético y antibiótico, restricción hidrosalina, medición de diuresis y calendario de TA y peso diario en C.S. Revisión por Nefrología infantil en 1 semana.

Nefrología: asintomático, normotenso y sin edemas, persistiendo microhematuria. Se reduce dosis de furosemida hasta retirada.

En sucesivos controles en su C.S permanece sin cambios salvo desaparición de microhematuria.

CONCLUSIONES

La GNAPI es una enfermedad relativamente frecuente cuya presentación como síndrome nefrítico es la más habitual, aunque existen formas clínicas paucisintomáticas que exigen un alto nivel de sospecha para diagnosticarlas, especialmente aquellas con microhematuria y clínica hipertensiva leve.

Es imprescindible un control adecuado de estos pacientes para detectar signos y síntomas de alarma (disnea, cefalea intensa, alteraciones del nivel de conciencia, convulsiones…) que puedan hacernos sospechar complicaciones, que aparecen a veces en pacientes con microhematuria y edemas mínimos o incluso sin ellos.

Debemos derivar a Urgencias pediátricas a niños con hematuria asociada a edemas importantes, HTA y/o oligoanuria.

Las recidivas, aunque raras, hacen necesario un seguimiento posterior de al menos 8-10 años.

NIÑOS VIAJEROS, BCGITIS COMO EFECTO ADVERSO DE VACUNACIÓN

Antúnez Fernández, Cristina; Muñoz-Cruzado Rosete, Adrián; Ledesma Albarran, Juana María; Moreno Pérez, David

Hospital Regional Universitario Materno Infantil, Málaga

Los viajes internacionales son cada vez más frecuentes y, por tanto, el número de niños viajeros. Aquellos que se desplacen a países de riesgo deben protegerse mediante vacunas en función del tipo de viaje, edad y destino.Así como seguir consejos básicos para evitar el contagio de enfermedades: ingesta de agua embotellada, no consumir hielo ni alimentos poco cocinados o emplear ropa adecuada, repelentes y mosquiteras.

Vacunas como hepatitis A,poliomielitis y gripe serán administradas en centros de salud, sin embargo, el resto debe realizarse en centros de vacunación internacional como la fiebre amarilla,única vacuna obligatoria en países de África y América del sur.

En el siguiente enlace se puede obtener información sobre centros de vacunación internacional en España y qué medidas de precaución seguir según el país visitado.

www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm

Existen efectos adversos derivados de la vacunación, aunque suelen ser infrecuentes y de poca gravedad.Se exponen 2 casos acontecidos tras la administración de vacuna de Calmette-Guèrin (BCG) previa a viajar.

CASO-1: Niña de 16 meses de origen irlandés, que previo a un viaje a la India, recibe vacunación intradérmica en deltoides.A los 2 meses, de vacaciones en España, consulta por lesión eritematosa en área de inoculación, que evoluciona a placa indurada, sobreelevada, fluctuante e indolora sin síntomas sistémicos. En consulta se toma muestra de la lesión, obteniéndose cultivo positivo a Mycobacterium bovis, cepa vacunal(Imagen1).

CASO-2: Varón español de 19 meses, vacunado de BCG antes de trasladarse a vivir a Méjico.Por error, se administra vía intramuscular en muslo. Al mes de su inoculación, presenta fiebre, rechazo de la marcha, dolor, tumefacción y fluctuación en el sitio de la inyección.En la ecografía se objetiva absceso de partes blandas.Requiere drenaje quirúrgico y antibioterapia empírica, a pesar de cultivo estéril. Evolución insidiosa, persistiendo drenaje espontáneo de material seropurulento; iniciándose pauta con isoniacida y claritromicina. De vuelta a España, se suspende antibioterapia, se continúan curas locales, con resolución paulatina total. El estudio inmunitario fue normal(Imagen2).

CONCLUSIONES

- El pediatra de Atención Primaria debe conocer las recomendaciones necesarias previas a la realización de viajes internacionales que incluyen vacunación y medidas generales de prevención.
- Los niños inmigrantes que viajan a su país de origen a visitar a familiares, denominados Visiting Friends and relatives (VFR),constituyen un grupo de riesgo especial al realizar viajes más largos, tener menor edad y ser países con condiciones sanitarias más precarias.
- Las reacciones adversas vacunales tienen escasa incidencia debiendo priorizar siempre el benefico que suponen frente a los riesgos.

ERITEMA PERIORBITARIO EN OJOS DE MAPACHE EN EL RECIEN NACIDO: LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL

Armenteros López, Ana Isabel; Luzón Avivar, Alba; Sánchez Forte, Miguel; García Escobar, Icíar; Yui Hifume, Romy.
Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN:
Los exantemas en el recién nacido son frecuentes, la mayoría de ellos inespecíficos, de carácter transitorio o de origen infeccioso. Sin embargo, no debemos olvidar que las enfermedades inmunológicas tienen una transmisión pasiva de anticuerpos pudiendo provocar sintomatología en el recién nacido. El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una entidad poco frecuente producida por la trasmisión trasplacentaria de autoanticuerpos, fundamentalmente anti-Ro y anti-La.
DESCRIPCIÓN DEL CASO:
Recién nacida a término de peso adecuado para la edad gestacional que ingresa en la unidad de Neonatología por exantema hiperpigmentado para estudio. La familia refiere no tener antecedentes de interés. Embarazo normal y controlado con serologías negativas (no inmune a rubeóla). SGB negativo. Parto vaginal eutócico. Bolsa rota mayor de 24 horas. A la exploración destacan lesiones eritemato-descamativas en diferentes estadios evolutivos de predominio centrofacial y región cilio-ocular. Asocia lesiones erosivas en pabellones auriculares sin signos de sobreinfección y en toráx y abdomen lesiones cicatriciales no confluyentes ni descamativas a la fricción. Respeta mucosa oral, palmas y plantas. Ausencia de pestañas y microtia leve. Resto de exploración normal. Tras despistaje infeccioso y hemocultivo negativo con normalidad de 3 series hematopoyéticas, se interconsulta con Dermatología. Indican tratamiento tópico con mupirocina y ampliación del estudio, donde se evidenció ANA y anti Ro positivos confirmando el diagnóstico de LEN. Se realizó electrocardiograma y ecocardiografía, descartando afectación cardíaca. Actualmente, las lesiones han remitido con cicatrices residuales en cara y tronco.
Ante estos hallazgos, se realizó estudio a la madre presentando ANA y anti Ro positivos. Al rehistoriarla, refiere que presenta episodios de artralgias, alopecia, dermatitis pruriginosa, aftas orales y sequedad ocular. Sin embargo, no cumple criterios clínicos de lupus eritematoso sistémico, no precisando tratamiento pero continuando seguimiento.
CONCLUSIONES:
- Ante exantemas neonatales de causa no infecciosa, el LEN debe incluirse en el diagnóstico diferencial. La mitad de las madres están asintomáticas en el momento del parto, por lo que no debemos descartar el diagnostico ante la falta de diagnóstico materno. En nuestro caso la falta de antecedentes familiares, retrasó el diagnóstico de la paciente
- Aunque la madre presente mínimos síntomas y no cumpla criterios de lupus eritematoso sistémico deberá continuar seguimiento ya que podría desarrollar enfermedad autoinmunitaria.
- El diagnóstico de LEN es importante para futuros embarazos, ya que, aunque no haya sintomatología materna, aumenta el riesgo de LEN en un 25%.

LOS PADRES DE NIÑOS CON OBESIDAD, ¿DISTORSIONAN LA REALIDAD?

Armenteros López AI; Gavilán Santos LB; Mañas Uxó MA; Azor Martínez E; Seijas Vázquez L; Fernández Campos MA

Complejo hospitalario Torrecárdenas, UGC Virgen del Mar y UGC Almería Centro, distrito Almería (Almería)

ANTECEDENTES

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial. Se trata de una enfermedad crónica y multifactorial, que requiere un manejo interdisciplinario, combinando recursos médicos, nutricionales y psicológicos, siendo primordial que el paciente y/o su familia sean conscientes de la realidad del problema.

Son numerosos los estudios que revelan cómo la percepción de estos padres acerca del peso de sus hijos es errónea y tiende a la minimización. Si no son capaces de clasificar con precisión el peso de su hijo, puede que no estén dispuestos o motivados a tomar medidas que promuevan un cambio saludable.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de padres y madres de niños con obesidad sobre el peso de sus hijos, y el suyo propio, así como la importancia que para ellos supone este problema, relacionándolo con diversas variables socioculturales y de salud.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo en una muestra de 36 progenitores de niños entre 7 y 14 años de edad, diagnosticados de sobrepeso/obesidad según las tablas de IMC de la OMS.

RESULTADOS

La edad media de los encuestados fue de 42 años, tratándose de madres en el 91.7% de los casos (33), y padres en el 8.3% restante. La mayoría casados (72.2%), con estudios secundarios (42.9%) o universitarios (37.1%). En el 57.6% de las familias existía sobrepeso paterno, y materno en el 51.4%, aunque sólo el 14,7% sufrían complicaciones secundarias a la obesidad. El 63.9% de los padres consideraba a su hijo “algo pasado de peso”, mientras que el resto lo calificaban como “bastante pasado de peso” (16.7%) o “con peso normal” (16.7%). Sólo el 36,4% de los encuestados reconocieron la obesidad de su hijo como un problema de salud.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo pone de manifiesto una infravaloración de la obesidad infantil por parte de la mayoría de progenitores.

Esto cuestionaría la efectividad de las actuales medidas de salud pública contra la obesidad, ya que gran parte de ellas se enfocan a cambios en hábitos de alimentación y actividad física, instaurados principalmente en la primera infancia, cuando los comportamientos de los niños son más dependientes de las pautas familiares.

Podrían ser necesarias medidas que disminuyan la brecha entre las percepciones de los padres y las escalas utilizadas por los profesionales, con el fin de ayudarles a entender mejor los riesgos de salud vinculados con el exceso de peso y favorecer la adquisición de estilos de vida más saludables.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE PROYECTO DE COOPERACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN HONDURAS.

Lourdes Artacho González, Juana María Ledesma Albarrán, Mercedes Rivera Cuello, Carmen Vallejo basurte

Hospital Regional Universitario de Málaga. CS Las Delicias.UGC de Pediatría y Neonatología del Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía.

Introducción

Según la Declaración de los Derechos Humanos, la alimentación es un derecho fundamental para todas las personas. A pesar de ello, nos encontramos ante una crisis alimentaria mundial, más agudizada en los países en vía de desarrollo, como es el caso de Honduras. Sin embargo, el hambre y la desnutrición no son sólo consecuencia de la falta de alimentos, sino también de los deficientes determinantes sociales, económicos y políticos que contribuyen a la pobreza, la desigualdad y los errores en el orden de las prioridades.

Objetivos

Estudiar el estado nutricional, durante 2 años consecutivos, de una muestra de menores (5-12 años) atendidos en un centro escolar de un barrio marginal de Tegucigalpa e identificar las posibles diferencias interanuales.

Metodología

Estudio analítico observacional en una cohorte de niños de una escuela hondureña que recibe ayuda alimentaria de la ONG ACOES y el PMA (Programa Mundial de Alimentos) en el que participaron alumnos de la universidad de Málaga(UMA).

Se aportan datos de la exploración física, hábitos de vida y condiciones de las viviendas que pueden contribuir a su estado nutricional. Se calculó el Z score (talla/edad) para la desnutrición crónica y Z score (peso/talla) para la desnutrición aguda. Además se realizó el test de wilcoxon para el peso y la talla.

Resultados

De los 195 casos evaluados en 2017 han podido analizarse 193, los cuales son comparables en cuanto a diferencias de sexo, evidenciándose un menor porcentaje de niñas en el año 2017.

El porcentaje de desnutrición aguda ha descendido, pasando los casos clasificados como normopeso del 57% al 75.6%.

Al realizar el test de wilcoxon se observa que 61 niños han aumentado de peso con un valor medio de 6,798 Kg. En cuanto a los casos con exceso de peso se aprecia un aumento global de 8 puntos en el 2017.

Respecto a la talla, se objetiva un descenso de 2 puntos en los casos de talla baja severa y un aumento del 10% al 17,6% de los casos de talla baja en el 2017.Tras realizar el test de wilcoxon, vemos que hay 192 niños han aumentado de talla con una media de 12,026 cm.

Conclusiones

- Se aprecia una tendencia positiva interanual en el estado nutricional de la población estudiada.
- Consideramos que la colaboración entre entidades (PMA, ACOES y UMA en nuestro caso) en el marco de la cooperación e investigación al desarrollo supone un análisis y un gran avance, que redunda en una mejora en los índices de salud de la población que se beneficiaria

IMPORTANCIA DEL SÍNDROME MONOCUCLEÓSICO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI. A PROPÓSITO DE UN CASO EN CONSULTA

Ballesteros Lara, Tatiana; Cabrera Morente, Laura
Centro de Salud de Mancha Real, Jaén

Introducción:
La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre de afectación sistémica, autolimitada, pero potencialmente grave por sus posibles complicaciones cardiacas en forma de aneurismas coronarios. El diagnóstico diferencial es amplio. Presentamos un caso de monocucleosis que planteó dudas en su evolución en cuanto al diagnóstico diferencial con Kawasaki atípico, cuyo seguimiento se realizó en consulta de Pediatría de Atención Primaria.
Caso clínico:
Niña de 2 años que acude a Urgencias por fiebre de 4 días de evolución de hasta 39ºC y exantema. EF: Buen estado general. Exantema escarlatiniforme desde región retroauricular hasta tórax y raíz de extremidades. Eritema palmoplantar. Dermatitis del pañal. Labios fisurados. Lengua aframbuesada. Faringe hiperémica. Edema facial y palpebral.
Analítica: Hb 10,7 g/dL, Hto 33.5%. Leucocitos 4646 con N 70% y L 16%. Plaquetas normales. GPT 819, GOT 335 y GGT 182 U/L. PCR 45,5 mg/L.
Alta con cita en consulta de Pediatría a las 24 horas: Afebril. Persiste exantema con eritema palmoplantar y signos mucosos. Fisuración labial y dermatitis del pañal habían mejorado. Discreta mejoría del edema facial y palpebral. Solicitamos analítica con serologías de mononucleosis.
A los 5 días: exantema, signos mucosos y edema facial desaparecidos. Destacaba descamación de dedos de las manos. Contactamos telefónicamente con Cardiología Infantil realizándose Ecocardiodoppler que descarta alteraciones coronarias. En analítica se objetiva descenso de transaminasas. Discreta trombocitosis: 429.000 plaquetas. IgM e IgG positivos para CMV. Pudimos así excluir diagnóstico de Kawasaki confirmando mononucleosis por CMV.
A los 2 meses IgM negativa, IgG positiva para CMV.
Discusión:
El polimorfismo de esta enfermedad hace que debamos tener en cuenta un amplio diagnóstico diferencial que incluya procesos infecciosos, alérgicos y reumatológicos. Destacamos la importancia de la mononucleosis en el mismo por el solapamiento de signos y síntomas con esta patología.
En este caso, la fiebre alta de varios días junto con exantema escarlatiniforme puede formar parte de ambas, al igual que la elevación de transaminasas.
Eritema palmoplantar, fisuración labial y signos mucosos como lengua con papilas marcadas e hiperemia faríngea forman parte de los criterios diagnósticos de Kawasaki. También descamación de los dedos, aunque suele ser de inicio subagudo.
El edema palpebral bilateral es característico del síndrome mononucleósido.
La potencial gravedad de la Enfermedad de Kawasaki unida a la gran variedad de signos que presenta, comunes a otras patologías más habituales en nuestra práctica clínica, nos obliga a mantener un alto índice de sospecha.

ERITEMA FIJO PIGMENTARIO TRAS LA TOMA DE METAMIZOL. UN CASO EN CONSULTA DE PEDIATRÍA

Ballesteros Lara, Tatiana; Cabrera Morente, Laura; Vico Ramirez, Francisco
Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

Introducción:
Las toxicodermias son afecciones de la piel causadas generalmente por fármacos, siendo los más frecuentes los antibióticos, antiepilépticos y AINES tipo pirazolonas como el Metamizol. Pueden imitar cualquier tipo de dermatosis. Las formas clínicas más frecuentes son los exantemas (tipo escarlatiniforme, morbiliforme o formando máculas de color salmón no confluentes), el eritema fijo pigmentario y la urticaria. Presentamos un caso clínico que acudió a consulta, sospechoso inicialmente de urticaria pigmentosa, mastocitosis más común en la edad pediátrica.
Caso clínico:
Niño de 11 años de edad que consulta por aparición de lesiones en la piel del abdomen de 24 horas de evolución. Es el segundo brote de esta primavera. Las lesiones consisten en máculas pruringinosas de entre 1 y 2 cm de diámetro, redondeadas, de coloración rojiza, algunas purpúricas, levemente sobreelevadas que desaparecen a la vitropresión. Estas lesiones evolucionan hacia la erosión central y desaparecen dejando pigmentación residual. Signo de Darier negativo. Afebril. No otra sintomatología.
A.P: Bien vacunado, no alergia medicamentosas ni otro tipo de alergias conocidas. Había tomado Metamizol comprimidos el día previo por episodio de cefalea. No contacto con animales ni salidas al campo. No toma de alimentos nuevos. Refiere un brote similar, también en primavera, el año anterior.
Se inicia tratamiento sintomático con Dexclorfeniramina y se realiza analítica con hemograma, función renal, transaminasas, ionograma, metabolismo del hierro y PCR normal. Inmunoglubulinas normales. Estudio alergias (neumoalérgenos y alimentos) negativo. Serologías mononucleosis: CMV IgM e IgG negativas; EBV AgVCA IgM negativo IgG positivo. A las 2 semanas las lesiones persisten por lo que se deriva a Dermatología para estudio histopatológico. La anatomía patológica descarta la presencia de infiltrados mastocitarios focales en dermis y revela dermatitis de la interfase con necrosis queratinocítica y eosinofilia dérmica sugestiva de toxicodermia.
Las lesiones se autolimitan en 3 semanas. Se recomienda sustituir Metamizol por Paracetamol como analgésico.
Conclusiones:
En el caso, la presentación de la toxicodermia como eritema fijo pigmentario puede simular una urticaria pigmentosa por el aspecto de las lesiones y su aparición en brotes.
En ambas patologías puede aparecer prurito y, si bien el signo de Darier es patognomónico de mastocitosis cutánea, puede ser negativo en el 10%-30% de estas.
El diagnóstico de las toxicodermias es clínico y puede ser en ocasiones difícil ya que pueden simular cualquier patología dermatológica y ser producidas por cualquier fármaco. El estudio histopatológico puede ayudarnos ante la duda diagnóstica como en nuestro caso.

KAWASAKI DE DIFICIL DIAGNOSTICO. UN CASO EN FASE SUBAGUDA.

Ballesteros Lara, Tatiana; Cabrera Morente, Laura; Expósito Montes, Juan Francisco; Alados Arboledas, Francisco

Centro de Salud Mancha Real (Jaén); Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción:

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis que afecta especialmente a las arterias coronarias. Supone la causa más frecuente de enfermedad cardiaca adquirida en Pediatría. Es en el grupo de los menores de 12 meses donde la enfermedad se manifiesta más frecuentemente de forma atípica. El hecho de que no existan pruebas específicas para su diagnóstico ni clínica patognomónica, puede dificultar su identificación. Presentamos un caso clínico de Kawasaki sospechado en fase subaguda de la enfermedad.

Caso clínico:

Lactante de 8 meses de que acude a consulta por muy discreta descamación de dedos de manos y pies de 24 horas. Afebril desde 24 horas.

Refiere antecedente de proceso febril que comenzó hacía 15 días. Al inicio febrícula intermitente de una semana. Tira orina negativa. Al 7º día consulta en Urgencias por fiebre de hasta 38,6ºc de horas, junto con exantema maculopapuloso, eritema palmoplantar, lesión en diana deltoidea izquierda, hiperemia conjuntival bilateral y faringe hiperémica. Analítica: leucocitos 18.140 (N 65,5%; L 25,1%), plaquetas 465.000. PCR 70,4 mg/L. Se cataloga de exantema polimorfo y se indica revisión. A los 5 días de iniciada la fiebre vuelve a consultar. La fiebre había evolucionado a febrícula. No exantema, no eritema palmoplantar ni hiperemia conjuntival. Persistía hiperemia faríngea. Analítical: Hb 9,2 gr/dL. Hto 28,5%. VCM 78.1 fL. Leucocitos 16.370 (N55,9%; L34,8%). Plaquetas 661.000. PCR 81,4 mg/L.

Ante la duda sobre Kawasaki aún con esta evolución tan inusual solicitamos evaluación por Cardiología, siendo valorado en 48 horas. Ecocardiodoppler: aneurismas fusiformes moderados en varias coronarias (clasificación 2b). Ingresa para tratamiento con Gammaglobulina intravenosa y AAS. Durante los tres días que permanece ingresado ascenso de plaquetas hasta 757.000 que luego se normalizan. Transaminasas normales. Sigue controles en consulta de Cardiología con buena evolución y afectación coronaria leve en la actualidad.

Discusión:

En nuestra práctica clínica existen unos criterios que ayudan a diagnosticar la enfermedad de Kawasaki. La fiebre es usualmente el primero en aparecer y suele ser elevada, resistente a antitérmicos y durar 5 o más días. Durante ese tiempo seguimos sumando criterios por lo que es habitual que el diagnóstico se demore varios días.

En este caso la atípica evolución de la fiebre junto con la corta permanencia del resto de criterios, inexistentes al valorar al paciente al 5º día de fiebre alta, dificultó el diagnóstico.

Destacamos la importancia de considerar siempre esta entidad al valorar al niño con fiebre y exantema, en especial al lactante.

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS AIEPI EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN BARRIOS MARGINALES DE TEGUCIGALPA ATENDIDA POR LA ONG ACOES Y EN LA ZONA RURAL DE MARCALA. HONDURAS. PROYECTO SUYAPA

Cabrera Del Moral, Ana; Galache Rebolloso, Ana; Ledesma Albarrán, Juana María; Rivera Cuello, Mercedes; Sepúlveda Haro, Enrique; Torrico Ledesma, Ángel

Hospital Materno Infantil, Málaga; Centro de Salud Las Delicias, Málaga; Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía; Universidad de Málaga

Introducción

AIEPI es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, que fue presentada para mejorar la salud en la niñez. Contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud evaluar, clasificar y actuar de manera que se detecte al niño grave con necesidad de traslado.

Objetivos

Analizar el estado de salud y la situación socioeconómica de los menores. Identificar los motivos de consulta más frecuentes, además de comprobar la existencia de correlación entre diagnósticos de enfermedad y los distintos factores de riesgo recogidos, detectando así la utilidad de los cuestionarios AIEPI.

Metodología

Estudio de corte transversal de los principales diagnósticos AIEPI de una cohorte de niños de dos localizaciones Hondureñas durante el verano 2016.

Se han incluido datos epidemiológicos, de estado de salud y de medidas promotoras de la salud en la población, con el fin de demostrar la eficacia de las mismas en la prevención de enfermedades graves. Para ello se realizó un estudio analítico que correlaciona
la frecuencia de enfermedad grave, con dichas medidas preventivas.

Se empleó el programa R-Project. Para las variables cualitativas se realizó una comparación de porcentajes mediante el test Chi-cuadrado. Para las variables cuantitativas empleó la T de Student.

Resultados

Se recogieron 51 niños, de entre 0 y 5 años, de los cuales un 45% son varones. La media de edad fue de 2 años (+1.68 DE).

Respecto a las medidas promotoras de la salud, vimos un 82,4% de los pacientes estaban correctamente vacunados, y un 37,2% recibieron lactancia materna; mientras que sólo un 37% de los niños recibe una alimentación correcta.

Mediante el cuestionario, se identificaron 13 casos de enfermedad grave, que tuvieron que ser derivados a Hospital, lo que supone un 25,5% de los casos. No se logró recoger datos sobre el diagnóstico final y la evolución de estos pacientes.

El diagnóstico de enfermedad grave se ha correlacionado con la lactancia materna, la vacunación previa, el índice de masa corporal y la edad, siendo únicamente significativa en estas dos últimas.

Conclusiones

Mediante la puesta en marcha de la guía se pudieron derivar un 25,5% de los casos, ya que fueron considerados de gravedad. Estos casos se han relacionado con un menor índice de masa corporal y menor edad. El estado de salud de esta población se ve negativamente afectado por la precaria situación socioeconómica.

SÍNDROME DE DI GEORGE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Cabrera Morente Laura; Ballesteros Lara Tatiana; Fuentes Cruz Alba; García García Magdalena; Illán Rueda Mª Isabel; Murcía García José

Centro de Salud San Felipe. Jaén

Introducción: El Síndrome de Di George se produce por la deleción de la región 11q del cromosoma 22. Presenta expresión clínica variable: características faciales (cara alargada, raíz nasal ancha, micrognatia, orejas displásicas, manos con dedos largos), cardiopatía congénita, anormalidades del paladar con voz nasal y trastornos de la deglución, inmunodeficiencia celular, alteraciones endocrinas (hipocalcemia, alteración tiroidea, déficit de GH), dificultades de aprendizaje y retraso madurativo, oftalmológicas, esqueléticas, hipoacusia, otitis de repetición, y renales. Pero no existen pacientes con todas las características, dada la gran variabilidad sólo se pueden establecer criterios orientadores de sospecha. Prevalencia de 1:4.000 RN vivos. El diagnóstico se basa en el estudio genético.

Caso clínico: Niña de 6 años con retraso en la adquisición del lenguaje, sedestación, deambulación, y retraso en las adquisiciones motoras finas y groseras; se diagnosticó de retraso madurativo derivándose a Atención temprana. Destaca raíz nasal ancha, clinodactilia, voz nasal, otitis media de repetición. No mejoró en Atención Temprana y se deriva a Neuropediatría solicitándose EEG y TAC craneal que fueron normales, estudio genético (Array) informado como deleción parcial del locus 22q11.2. Antecedentes perinatales: Prematura de 35 SG, peso 1.900 gr, ingresada en Neonatos para ganancia ponderal, precisó alimentación por SNG por problemas de succión. Posteriormente presentó fallo de medro que fue seguida por su Pediatra de Atención Primaria. Ante este diagnóstico se realiza abordaje multidisciplinar con estudio Cardiológico normal, ECO renal normal, estudio Oftalmológico normal, seguimiento en Endocrino de talla baja y del metabolismo fosfocálcico que hasta la actualidad es normal. Seguimiento en Hematología para estudio de inmunidad que es normal en la actualidad. Derivación a rehabilitación por sospecha de escoliosis dorsal alta leve. Se actualizó calendario vacunal administrándose vacunas de varicela y gripe. Se solicitó informe Escolar: desarrollo comunicativo y lingüístico con dificultades estructurales, alteración del lenguaje comprensivo, dificultad para las relaciones sociales. Dificultad en habilidades matemáticas.

Objetivo: Reconocer esta patología para anticiparnos a las complicaciones mediante el diagnóstico y la atención precoz de estos pacientes.

Conclusiones: La Atención Primaria constituye el instrumento para sospechar los signos y síntomas orientadores de esta enfermedad, ya que debido a la expresión clínica variable puede presentarse como en nuestro caso sólo una alteración en el neurodesarrollo, dificultando su diagnóstico. Es importante conocer este síndrome y su variabilidad clínica. El Pediatra de Atención Primaria actúa como coordinador entre las distintas especialidades, ya que requiere un abordaje multidisciplinar.

HIPERFOSFATASEMIA EN UN LACTANTE: NO SIEMPRE ES PATOLOGÍA GRAVE

Cambrón Carmona, Esther; Gómez Garrido, Inmaculada; Vaquero Álvarez, Manuel; Ruiz Garrido, Beatriz; Castillejo Nieto, Cristina; Ureña Hornos, Trinidad

Jaén

INTRODUCCIÓN

Las fosfatasas alcalinas incluyen un grupo de enzimas que intervienen en el proceso de mineralización ósea considerándose, por ello, marcadores de la formación de hueso.

La hiperfosfatasemia transitoria de la infancia (HTBI) es una entidad benigna caracterizada por la elevación de la fosfatasa alcalina de forma desproporcionada cuya prevalencia se estima en un 2-6%. Afecta a niños sanos, sobre todo en el segundo año de vida, en los cuales suele ser un hallazgo casual, aunque puede encontrarse en diferentes contextos clínicos (gastroenteritis, infección respiratoria, fallo de medro). Los criterios que la definen son: edad inferior a 5 años, sintomatología acompañante inespecífica, ausencia de enfermedad ósea y hepática, elevación de las isoenzimas óseas y hepáticas y normalización de la fosfatasa alcalina a los 4-6 meses.

CASO CLÍNICO

Niño de 14 meses en seguimiento por escasa ganancia pondoestatural. No tiene antecedentes personales de interés, salvo que es mal comedor. Clínicamente asintomático. Exploración física dentro de la normalidad. Se realiza control analítico: Hemoglobina 11’7g/dl, volumen corpuscular medio 70’8fl, hierro 19picog/dl, ferritina 47ng/ml, índice de saturación de transferrina 6’2%. Serie blanca normal. Bioquímica con glucosa, iones y transaminasas normales. Fosfatasa alcalina 2.898 U/L, Calcio, fósforo, vitamina D y Paratohormona normales. Inmunoglobulinas normales. Anticuerpos anti-transglutaminasa y anti-gliadina negativos. Perfil tiroideo normal. Ante estos hallazgos se inicia hierro oral y se cita para control analítico a los 4 meses, en el que se evidencia normalización de la fosfatasa alcalina.

CONCLUSIONES

1. La elevación de la fosfatasa alcalina en la infancia suele ser fisiológica o traducir trastornos benignos, aunque puede ser el primer indicio de enfermedades graves.
2. Anamnesis, exploración física y exámenes de laboratorio se orientan al despistaje de alteraciones óseas y hepáticas fundamentalmente.
3. La HTBI es un proceso benigno y autolimitado que debemos conocer y sospechar para evitar exploraciones complementarias innecesarias.

TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA

Carmona Espejo, Antonio; González Villén, Raquel
MIR Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Virgen de las Nieves, Granada; Pediatra EBAP, ZBS Armilla, Distrito Metropolitano de Granada

Introducción:

La artrogriposis múltiple congénita se caracteriza por rigidez congénita de varias articulaciones y el diagnóstico se realiza cuando dos o más articulaciones de una extremidad están permanentemente contraídas al nacer.

Esta enfermedad puede conllevar alteraciones neuropáticas, miopáticas, displasias esqueléticas, alteraciones del tejido conectivo y todo tipo de bloqueos mecánicos.

Descripción del caso:

Primípara con embarazo con restricción del movimiento del feto durante la gestación, por insuficiente cantidad de líquido amniótico.

El recién nacido varón nació a término, con síntomas de debilidad muscular e hipotonía segmentaria.

Con afectación de articulaciones proximales y distales con rigidez sin alteración radiográfica de las superficies articulares o epífiso-metafisarias.

Con deformidades articulares resultantes de la falta de movilidad durante el desarrollo fetal.

Se valoró en el recién nacido:

- La limitación articular
- La función muscular
- La repercusión de ambas en la función prensora y en los mecanismos de apoyo y de enderezamiento

Se buscaba mejorar la limitación articular con movilizaciones pasivas desde el nacimiento.

Iniciándose terapia de locomoción refleja, dividiéndose en dos tipos de actuación fisioterápica: reptación refleja y el volteo reflejo.

Obteniéndose a los 45 días, mantenimiento correcto de miembros superiores: con hombros en aducción y rotación interna, manteniendo codos en extensión, antebrazos en pronación y muñecas en flexión.

Conclusiones:

- La artrogriposis múltiple congénita se trata de una enfermedad rara, con prevalencia de a prevalencia que varía en diferentes estudios entre aproximadamente 1/3.000 a 1/12.000 nacidos vivos.
- En esta patología es fundamental iniciar la terapia rehabilitadora desde el momento del nacimiento.
- La terapia de locomoción refleja ha demostrado ser una medida eficaz en la artogriposis.

PACIENTE SINDROME DE DOWN CON TRASTORNO DE LA MARCHA: QUÉ PENSAR

Carmona Espejo, Antonio;González Villén, Raquel
MIR Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Virgen de las Nieves, Granada; Pediatra EBAP, ZBS Armilla, Distrito Metropolitano de Granada

INTRODUCCIÓN

La marcha es un complejo acto que permite el desplazamiento del individuo como resultado de una elaboración mental en la que participan diversos órganos, aparatos y sistemas.

Las alteraciones ortopédicas en el Síndrome de Down son frecuentes y potencialmente graves, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento adecuados. Las indicaciones generales de los Programas de Salud actuales deben desarrollarse y concretarse por lo que respecta al aparato locomotor.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 10 años que desde que comienza a andar lo hace de puntillas. Con 5 años anteversión de pies y temblor al apoyarlos por lo que es derivada a rehabilitación. La telemetría demuestra valgo de rodillas de 6º bilateral y buena corrección de anteversión con ortesis, siendo diagnosticada de anteversión femoral bilateral a tratar.

Hace unos meses sufre una caída occipital, presentando paraplejia aguda. Al explorarla, signo de Babinski, hiperreflexia, clonus patelares y aquileos con temblor y mioclonias en pierna derecha, que hace pensar en crisis epiléptica focal. A su llegada al hospital, está consciente y es capaz de andar con ayuda, marcha equina. Diagnosticada de Hematoma occipital con focalidad.

Posteriormente, valorada por Neuropediatría por empeoramiento de la ataxia y la marcha. Al explorarla, marcha paraparética espástica, con ortesis derrotadora en ambas extremidades inferiores “Twister”, así como hiperreflexia patelar y aquilea y Babinski bilateral espontáneo con pie equino cavo varo, que evoluciona desde hace años con piramidalismo, paraparesia espástica y que ha empeorado desde TCE occipital.

Con el juicio clínico de Paraparesia espástica progresiva por posible comprensión medular por luxación atloaxoidea, solicitamos RMN que es diagnóstica, siendo derivada a Neurocirugía para fijación atloaxoidea.

En espera quirúrgica, presenta una crisis de pérdida de conciencia, diagnosticada de síncope, acelerándose entonces la intervención quirúrgica por la posibilidad de parada respiratoria por la mielopatía.

CONCLUSIONES

La luxación atlantoaxoidea en Síndrome de Down se atribuye fundamentalmente a la laxitud ligamentosa de estos pacientes. Se ha descrito una configuración displásica en las superficies articulares de cóndilos Occipitales, Atlas y apófisis Odontoides.

Puede ponerse de manifiesto por un accidente banal o comprensión medular a nivel cervical. La mayoría cursan de forma asintomática, aunque puede variar desde síntomas leves a síntomas más graves derivados de la compresión medular.

El diagnóstico requiere sospecha clínica y se confirma con pruebas de imagen y estudios neurofisiológicos.

Aunque el screening radiológico no está justificado, sí son necesarias las revisiones clínicas sistemáticas.

DIABETES TIPO I: PERFIL LIPÍDICO EN PEDIATRÍA

Sonia Carriquí Arenas, José Luis Gómez Llorente, Jerónimo Momblan del Cabo, Mª Angeles Vázquez López, Rosario Resola Camacho, Antonio Bonillo Perales

C. H Torrecárdenas (Almería)

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diabéticos presentan un riesgo aumentado de padecer enfermedad cardiovascular. La dislipemia es un factor importante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular al contribuir al inicio y progresión de la aterosclerosis desde la infancia. El mal control glucémico se ha relacionado con un perfil lipídido aterogénico.

OBJETIVO: Describir el perfil lipídido de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1, seguidos en consulta de endocrinología pediátrica y valorar los factores asociados a dislipemia en esta población.

MÉTODOS: Estudio descriptivo de pacientes con Diabetes Tipo 1 seguidos en Consulta de Endocrinología Pediátrica en 2015. Variables analizadas: edad al diagnostico y actual, género, años de evolución, Indice de Masa Corporal (IMC), Hemoglobina glicosilada (HbA1C) y perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y no HDL colesterol y triglicéridos). Se consideran factores asociados a dislipemia en el diabético HbA1C, IMC y años de evolución de la enfermedad. Se definió buen control metabólico una HbA1C<7.5%. Estudio estadístico: t Student, r de Pearson.

RESULTADOS: Fueron incluidos 164 pacientes (47,6% mujeres). La media de edad al diagnóstico es 5,97+/-3.71 años y edad actual 12.08 +/-4.56. La media de años de seguimiento tras el debut correspondió a 5.59+/-4.43. La media de IMC fue 20+/-3.6. Los valores medios de HbA1C fueron 7.47+/-0.86% (62,5% con buen control metabólico). Los valores medios del perfil lipídico correspondieron a: Colesterol total: 170+/-32 mg/dl; Colesterol no HDL: 106.8+/-30 mg/dl; LDL: 92+/-26 mg/dl; HDL: 63+/-14 mg/dl y triglicéridos: 69+/-32 mg/dl. Se obtuvo una relación directa entre HbA1C y valores de colesterol total y triglicéridos (r: 0.23; p: 0.01 y r:0.2; p:0.03, respectivamente) e igualmente entre HbA1C e IMC (r:0.17; p:0.05). Sin embargo, los valores medios de los parámetros del perfil lipídico e IMC fueron similares en pacientes diabéticos bien y mal controlados. No se obtuvo relación estadísticamente significativa entre años de evolución de la diabetes y control metabólico ni perfil lipídico, así como tampoco con el género. El IMC mostró una relación directa con Colesterol no HDL y triglicéridos (r: 0.28; p: 0.005 y r:0.48; p:0.0001 respectivamente), e inversa con el HDL colesterol (r:-0.31; p: 0.002).

CONCLUSIONES

No podemos establecer asociación entre perfil lipídico y control metabólico de la diabetes en niños. Los años de evolución de la enfermedad no parecieron influir en control metabólico ni en el perfil lipídico. El IMC es un factor relacionado con perfil lipídico aterogénico al igual que en la población general.

Encefalopatía epiléptica refractaria inducida por fiebre (Síndrome FIRES)

Carriquí Arenas, Sonia, Yui Hifume, Romy,Aguilera López,Patricia,Aguilera Sánchez, Purificación, Aguirre Rodriguez, Javier, Ramos Lizana, Julio
C.H Torrecárdenas, Almería

Introducción:
El síndrome FIRES (fever-induced refractory epileptic encephalopathy syndrome) es un cuadro clínico muy raro de difícil diagnóstico, caracterizado por status epiléptico refractario tras un proceso febril inespecífico en preescolares o escolares previamente sanos, que posteriormente desarrollan una encefalopatía epiléptica grave.
Caso clínico:
Escolar de 11 años seguido en neuropediatría por trastorno generalizado del desarrollo. Presenta fiebre de hasta 38ºC de 6 días de evolución en el contexto de una infección respiratoria de vías altas, trasladado a urgencias de nuestro hospital por episodio de desconexión y rigidez generalizada durante 15-20 minutos, presenta episodios repetidos precisando diazepam iv, siendo trasladado a la unidad de cuidados intensivos por estatus epiléptico. Exploración física: Tº: 36.7ºC. Estado general conservado. Orofaringe hiperémica. Neurológico: Glasgow: 9 puntos. Desconexión del medio. Pupilas isocóricas y normoreactivas a la luz. Reflejos osteotendinosos normales. No signos meníngeos. Resto: Normal. Hemograma y bioquímica: Normales. TAC craneal: Normal. LCR compatible con meningoencefalitis probablemente de etiología viral.
Durante su ingreso presenta crisis generalizadas refractarias a anticonvulsivantes (diazepam, fenitoína y ácido valproico), se inicia perfusión con midazolam, tras 24 horas se retira por cese de convulsiones, posteriormente reanuda crisis, se realiza primer electroencefalograma que es compatible con meningoencefalitis y estatus convulsivo, decidiéndose inducción de coma barbitúrico con tiopental y asociándose progresivamente a otros fármacos (levetiracetam, lacosamida, clonazepan, midazolam y ácido valproico). Se amplia estudio: Serología infecciosa: Negativa. Resonancia magnética cerebral: encefalopatía inflamatoria. Anticuerpos anti-NDMA, anti-VGKC, anti-GAD y anti-GluR-3 en LCR: negativos. Tras la sospecha de síndrome FIRES se administran inmunoglobulinas y metilprednisolona iv.
Presenta evolución desfavorable asociándose a hipertermia severa resistente a antitérmicos y fallo multiorgánico, falleciendo a los 43 días del ingreso.
Discusión:
Las crisis febriles son la causa más frecuente de crisis comiciales en pediatría. Existen síndromes poco frecuentes, como el síndrome FIRES, que presenta estatus epilépticos refractarios relacionados a procesos febriles (55% crisis concomitantes con fiebre), requiriendo coma barbitúrico hasta un 75-97% y con un 9-30% de mortalidad. Los anticuerpos del panel de estudio de encefalitis límbicas suelen ser negativos, aunque están descritas positividades para anti-GAD y/o anti-GluR3 en un 20%. Un 20-25% de los tratados con inmunoglobulinas y/o corticoides tienen respuesta positiva.

TRANSEXUALIDAD EN MENORES: ACLARANDO CONCEPTOS

Castillejo Nieto, Cristina; Cruz Palomares, Ángela; Jiménez Jurado, Beatriz; Ruiz Garrido, Beatriz; Fernández Carazo, Carmen; Garrido Casado, Jesús

Complejo Hospitalario de Jaén

Antecedentes: La incidencia de la transexualidad está en aumento en la edad pediátrica, dado que existe mayor aceptación social y respaldo médico-legal, por lo que es necesaria una mayor formación sanitaria que permita ofrecer una asistencia óptima. La adquisición de la identidad de género se inicia en edades muy tempranas y finaliza en la adolescencia definiéndose como el sentir de una persona de ser hombre, mujer o sexo indeterminado. El CIE-11 propone el término incongruencia de género para definir la discordancia entre la identidad de género y el sexo biológico, asociando o no disforia de género, entendida como el malestar que causa dicha discrepancia. Es fundamental diferenciar esta condición de la inconformidad de género o los comportamientos de género no normativos ya que ambos no persisten en la edad adulta. Es una entidad que debe valorarse de forma multidisciplinar, según recomendaciones de grupos de expertos, y donde Salud Mental ejerce un apoyo primordial, a pesar de no ser una valoración legalmente obligatoria. Los pacientes deben ser derivados a Unidades de Identidad de Género, compuestas por endocrinólogos, psiquiatras y psicólogos, que trabajan de forma coordinada con AP.

Objetivo: La transexualidad en menores es una entidad en auge siendo fundamental aclarar conceptos básicos sobre su definición y manejo.

Caso clínico: Abuela de niña de 6 años que consulta por observarle comportamientos de género no normativos (se niega a usar prendas femeninas, a llevar pelo largo, etc.) desde hace 2 años, hecho que se ha mantenido en silencio en la familia hasta ahora. Se aconseja derivación a la unidad de referencia en Granada y, en posteriores consultas, acuden los padres expresando el deseo de cambiar el nombre de la paciente en el Registro Civil.

Conclusiones: El pediatra debe conocer en profundidad esta entidad para así poder informar y tranquilizar a los padres, además, de permitir que el paciente sea escuchado y no influido en ningún sentido. Existen discrepancias entre la legalidad, que propone el cambio de nombre en el momento en el que el menor lo expresa y la Sociedad de Endocrinología, que recomienda no tomar decisiones activas hasta el inicio del desarrollo puberal, siendo fundamental informar sobre las opciones médicas existentes, divididas en tres etapas: bloqueo puberal, terapia hormonal cruzada y reasignación sexual quirúrgica. Dadas las consecuencias de la reasignación sexual es fundamental individualizar cada caso y tratarlo siempre con el máximo rigor y prudencia posible.

Hipertensión arterial en Pediatría: de las recomendaciones a la práctica.

Beatriz Cófreces Pérez; Montserrat Antón Gamero; Elena García Martínez; Miguel Aceituno Pérez

Córdoba

Introducción:
El aumento de la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en niños en relación a los hábitos de vida no saludables comienza a ser un problema de salud pública. Las nuevas guías europeas para el manejo de la tensión arterial en niños y adolescentes publicadas en 2016 recomiendan el control de tensión arterial en niños sanos estableciendo pautas y metodología adecuada para su determinación en atención primaria.
El objetivo de nuestro estudio es valorar el grado de conocimiento y posibilidades de implantación de estas guías en pediatría de atención primaria de nuestra provincia.
Metodología:
Encuesta dirigida a pediatras de atención primaria de la provincia de Córdoba con dieciséis preguntas cerradas categorizadas y de elección múltiple dirigidas a evaluar los conocimientos y opinión sobre dichas guías europeas. Se añadió una pregunta final abierta para recoger su opinión sobre las necesidades para la implantación de las mismas. La encuesta fue distribuida mediante una lista de correo electrónico de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Córdoba en el que se incluyen los pediatras de Atención Primaria, en dos envíos separados por 36 horas.
Resultados:
42 pediatras respondieron a la encuesta (76% tras el primer envío y 24% tras el segundo) de los cuatro distritos sanitarios (0 del distrito Norte, 23 del distrito Centro, 5 del distrito Sur y 19 del distrito Guadalquivir).
El 50% reconocieron desconocer el contenido de las guías aunque la gran mayoría (95,2%) está de acuerdo en la importancia de determinar la tensión arterial en el niño sano. Las preguntas dirigidas a evaluar el grado de conocimiento de las recomendaciones obtuvieron respuestas muy variables, aunque el 76% respondió de forma correcta al menos a la mitad de las preguntas.
Con respecto a los medios disponibles para realizar mediciones de tensión arterial en la población pediátrica en atención primaria, el 60% cuentan con tensiómetro oscilométrico, pero menos de la mitad disponen de manguitos pediátricos de varios tamaños.
Comentarios:
El desconocimiento de las recomendaciones actuales y la escasa disponibilidad de material apropiado pueden limitar la implantación de las guías. Los resultados de esta encuesta son un punto de partida para programar e instaurar medidas que faciliten la implementación de las guías para el mejor diagnóstico de la HTA en niños en atención primaria.

LO QUE LA FIEBRE PROLONGADA PUEDE ESCONDER: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE INICIO SISTÉMICO.

Cruz Palomares, Ángela; Garrido Casado, Jesús; Vílchez Pérez, Juan Salvador; Castillejo Nieto, Cristina; Gómez Garrido, Inmaculada; Martínez Pardo, Luz.

C. H. Jaén

Introducción

El síndrome febril prolongado (SFP) es una entidad que genera ansiedad en los padres y demanda importantes recursos sanitarios. La "fiebre de origen desconocido" (FOD) se define como la presencia de fiebre >38°C durante más de 8 días en la que se ha realizado una anamnesis, exploración física y estudios complementarios iniciales adecuados sin diagnóstico aparente. Infecciones, enfermedades autoinmunitarias y neoplasias son las principales causas de FOD, siendo las primeras las responsables de aproximadamente la mitad de los casos.

La anamnesis, el examen físico minucioso y la observación diaria del paciente son las herramientas más útiles y que ofrecen mayor sensibilidad diagnóstica.

La realización de pruebas complementarias deberá ser ordenada y secuencial, basándose en la sospecha etiológica y en diferentes niveles.

Caso clínico

Niña de 3 años que acude por fiebre de 7 días de evolución junto con exantema micropapuloso migratorio, artromialgias generalizadas y edema de dorso de manos. Aportaba analítica con leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y anemia normocítica leve. Bioquímica normal con PCR: 222.11 mg/L; Radiografía de tórax, virus de gripe y sistemático de orina normales.

Inicialmente se sospecha Kawasaki incompleto, realizándose ecocardiograma seriado normal y descartándose esa posibilidad. Como tanto hemocultivo como urocultivo resultan negativos, se inicia estudio de siguiente escalón: serologías, Mantoux, frotis de sangre periférica y ecografía abdominal con resultados normales. Siendo dicho escalón también negativo para realizar diagnóstico y, para descartar causas neoplásicas, se realiza punción-aspirado de médula ósea, que muestra mielitis reactiva. Finalmente, se realiza estudio autoinmunitario, que destaca: C3 y VSG aumentados, ANA y FR negativos. Todo ello apoyó el diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) de inicio sistémico. Tras la instauración de tratamiento corticoideo desaparece la fiebre (18 días totales), mejorando el estado general, con descenso de reactantes de fase aguda y normalización del hemograma.

Comentarios

- Ante el SFP es importante una anamnesis detallada con cronología de la fiebre y situaciones añadidas, así como una exploración física minuciosa diaria. Las pruebas complementarias pueden orientar al diagnóstico y descartar patología grave.
- Las infecciones virales de repetición son las causas más frecuentes de fiebre recurrente. No obstante, debemos valorar la posibilidad de etiología autoinflamatoria o neoplásica de acuerdo a determinados síntomas guías asociados.
- El estudio y vigilancia inicial, si el estado del paciente y la angustia familiar lo permiten, puede realizarse desde Atención Primaria.
- El reconocimiento precoz de esta enfermedad es fundamental por parte del pediatra de AP para evitar secuelas y complicaciones futuras, permitiendo seguir su evolución y atenderlos en coordinación con un equipo multidisciplinar.

HEPATITIS VIRAL COMO FACTOR DESENCADENANTE DE HEPATITIS AUTOINMUNE

Cubiles Arillo Zaira; Extraviz Moreno Ana; De Santiago García-Caro Eloísa; Navas López Victor; Serrano Nieto Juliana; Bedoya Belmonte Juan José

Hospital Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN:

La hepatitis autoinmune (HAI) es una inflamación persistente del hígado de causa desconocida, pudiendo asociarse a otros procesos autoinmunes, como déficit IgA, celiaquía, tiroiditis autoinmune o colitis ulcerosa.

Su patogenia no está del todo aclarada, pero diversos artículos publicados sugieren que una hepatitis A aguda puede ser el factor desencadenante de una hepatitis autoinmune.

CASO CLÍNICO:

Niña de 11 años con hipertransaminasemia intermitente desde los 4. Asintomática, no hiporexia, astenia ni pérdida ponderal. No prurito ni sangrado. No ingesta de tóxicos, sí infusiones ocasionales. Antecedentes personales: exposición al virus hepatitis A a los 3 años recibiendo vacunación postexposición. A los 4 años se detecta hipertransaminasemia (GOT 84, GPT 228) como hallazgo casual en control por anemia. Antecedentes familiares de "inflamación hepática inconcluyente" en rama paterna. Evolución: persiste hipertransaminasemia a los 5 años (cifras máximas GOT 668, GPT 1186), se realiza estudio de primer nivel con perfil celiaco y serologías negativo, ecografía abdominal normal, y se deriva a Gastroenterología que completa estudio de segundo nivel: cobre, ceruloplasmina, alfa1antitripsina, ac hepatitis autoinmune, negativo. Analíticas seriadas posteriores: transaminasas normalizadas, alta con diagnóstico de hipertransaminasemia secundaria a viriasis intercurrentes. A los 8 años nuevo ascenso de transaminasas, en analítica se objetiva además Ig A <7. Gastroenterología realiza fibroscan con datos de fibrosis moderada y biopsia con hepatitis activa – hepatitis interfase -, diagnosticándose de HAI SERONEGATIVA. Inicia prednisona 40mg/dia, que no consigue normalizar transaminasas obligando al inicio de Azatioprina con normalización de las mismas. Paralelamente, inicia cuadro de dolor abdominal, diarrea que despierta por la noche y elevación de calprotectina fecal. Ante la sospecha de debut de colitis ulcerosa se realiza colonoscopia que no confirma el diagnóstico, objetivando cambios histológicos de inflamación crónica inespecífica, actualmente en seguimiento.

CONCLUSIONES:

La presentación clínica de la HAI es variable, desde formas asintomáticas hasta hepatitis aguda fulminante y no existe ningún marcador analítico específico de HAI seronegativa. En nuestro caso sólo presentó hipertransaminasemia intermitente, estando asintomática y sin autoanticuerpos circulantes, lo que dificultó el diagnostico.

El mecanismo por el cual una hepatitis A podría desencadenar una HAI es especulativo. Probablemente, en una persona predispuesta, una liberación masiva de antígenos por el daño hepático provoque una respuesta inmunológica anómala. Nuestro paciente parece ser otro ejemplo en el que una hepatitis aguda por VHA pudo desencadenar una HAI y, aunque sea infrecuente, debe tenerse en cuenta esta posibilidad en toda hepatitis A aguda de curso clínico más prolongado del habitual.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN PACIENTE CON DÉFICIT DE IG A, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE.

Eloísa de Santiago García-Caro, Manuel Hipólito Egea, Juan José Bedoya Belmonte, Lourdes Vázquez, Maria Dolores Sánchez Prados, Carlos Galván.

Centro de Salud Tiro de Pichón, Málaga

INTRODUCCIÓN

El déficit IgA es la inmunodeficiencia primaria más frecuente (1/500 nacimientos). Se define por niveles IgA <7 mg/l en mayores 4 años, pudiendo asociar disminución IgG. Etiología desconocida. Suele cursar asintomático, pero se relaciona con aumento infecciones respiratorias, alergias, enfermedades autoinmunes y gastrointestinales.

CASO CLÍNICO

Niña 14 años con múltiples consultas en Atención Primaria (AP) por dolor abdominal tipo dispepsia con pirosis leve. Como antecendentes personales no alergias medicamentosas conocidas (sí alergia ácaros del polvo), vacunada según calendario andaluz, presenta migraña, dermatitis atópica, rinosinusitis estacional, asma persistente y urticaria de contacto. Ha padecido 2 episodios de neumonías atípicas, faringo- laringitis múltiples y 2-3 episodios de oxiuriasis/año en últimos 4 años. La paciente no presenta alteraciones del hábito intestinal, no aftas, exantemas ni artralgias. Destaca ingreso a los 13 años por apendicitis con resultado anatomopatológico parasitación por oxiuros, detectándose neutropenia grave 300/mm3 secundaria a Parvovirus B19 (frotis sanguíneo descarta proceso hematoncológico), que recupera previo al alta. Seguimiento posterior en Infectología con nuevo descenso de neutrófilos, se solicita estudio genético (neutropenia congénita, Wiskott-Aldrich, enfermedad granulomatosa) negativo, postponiendo la punción de médula ósea por recuperación de neutrófilos.

Desde AP se habían descartado las etiologías más frecuentes de dolor abdominal (enfermedad celíaca y gastritis por H. Pylori), detectándose déficit de Ig A 6 mg/dl con resto de Ig normales, diagnosticándose de dolor abdominal recurrente, tipo dispepsia, el cual se relaciona con el déficit Ig A (documentado en bibliografía). Ante la persistencia del dolor abdominal más localizado en epigastrio, que interfiere su actividad diaria, se deriva a Gastroenterología donde ratifican el diagnóstico de dispepsia probable funcional, pautando sulpiride. La paciente continúa con dolor epigástrico invalidante, añadiéndose disfagia en algunas ingestas con impactaciones alimentarias, por lo que se realiza endoscopia diagnosticándose finalmente de esofagitis y gastroenteropatía eosinofílica. Se pauta budesonida oral viscosa y omeprazol, sin mejoría, añadiéndose corticoides sistémicos y suplementos nutricionales, con mejoría de las impactaciones, pero persistiendo epigastralgia. Pendiente de realización de manometría si persiste clínica.

CONCLUSIÓN

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad crónica que causa la inflamación del esófago por la presencia de eosinófilos en su mucosa. Patología de creciente incidencia, estando en clara relación con la atopia (asma, dermatitis atópica, alérgenos ambientales o alimentarios). En nuestra paciente se puede observar claramente tanto los síntomas y signos típicos de esta enfermedad, las patologías asociadas, su diagnóstico y tratamiento

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA, A NIVEL PROVINCIAL

del Castillo Aguas, Guadalupe; Moya Fernández Susana; Ruiz López, José; Lora Espinosa, Alfonsa; Brotons Cabrera, Carmen.

UAIT. CS Teatinos-Colonia Sta. Inés. Málaga.

Antecedentes:

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones optimizadoras y compensadoras, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno para dar respuesta a las necesidades que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos.

El Decreto 85/2016 establece la creación de las Unidades de Atención Temprana (UAIT) en Andalucía, su función es realizar la valoración del menor, familia y entorno.

El pediatra de AP (PAP) deriva al menor a la UAIT, que realiza una valoración de la idoneidad de derivación a los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT).

Para esta valoración, tanto el pediatra, la UAIT y el CAIT utilizan el sistema ODAT (Organización Diagnóstica de Atención Temprana) para codificación de trastornos y factores de riesgo.

Objetivos: conocer los trastornos y factores de riesgo en la UAIT, desde febrero a diciembre de 2017, así como datos demográficos.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo de las derivaciones desde las consultas de PAP a la UAIT a nivel provincial y de éstas a los CAIT.

Este estudio tiene las limitaciones propias de un estudio descriptivo, (no establecen causalidad) aunque servirá para crear otras hipótesis de trabajo.

Resultados:

La población de 0 a 6 años asignada a los PAP de la provincia es de 104.049. Se derivaron 1498 menores (1,4% del total de la población) del PAP a la UAIT, de los cuales hombres, 989 (66%) y mujeres 508 (34%)

De los 1498 derivados a CAIT: 1054 (70,36%), dados de alta 379 (25,3%), atendidos pendientes de revaluación 65 (4,34%) y no acudieron 42 (2,8%). Las derivaciones de la UAIT al CAIT suponen el 1% del total de la población atendida por los pediatras.

Entre los factores de riesgo y/o trastornos detectados por la UAIT destacan: trastornos de la comunicación y del lenguaje 492 (33%), retraso evolutivo 202 (13,5%), factores perinatales 179 (11,9%),trastorno motor 103 (6,9%) y trastornos del espectro autista 51 (3,4%).

Conclusiones:

Los motivos de derivación más frecuentes de las UAIT a los CAIT son los trastornos de la comunicación y el lenguaje, el retraso evolutivo y los TEA que suponen casi la mitad del total (49,7%).

Los menores derivados a la UAIT por el PAP presentan una relación 2:1 a favor del género masculino

De los menores derivados a UAIT, la mayoría (70,3%) son derivados al CAIT.

INFECCIÓN POR AEROMONAS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

del Valle de Toro, Antonio(1); Gámiz Gámiz, Antonio(1); Vera las Heras, Laura(1); Berciano Jiménez, Noelia(1); Santos Pérez, Juan Luis(1); Gutiérrez Fernández, José(2)

(1). Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. (2). Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Antecedentes

El género Aeromonas son bacterias gram negativas autóctonas de ambientes acuáticos no salinizados que constituyen el medio más habitual de infección gastrointestinal en el ser humano. Existe controversia en su papel como patógeno en la diarrea, así como la necesidad de tratamiento en pacientes sanos.

Objetivo

Describir las características clínicas y epidemiológicas en los aislamientos del género Aeromonas en casos de diarrea en el medio extrahospitalario en pacientes pediátricos.

Metodología

Estudio de carácter retrospectivo y descriptivo de la infección por Aeromonas aislada en coprocultivos procedentes de atención primaria de nuestra área de referencia en población infantil de edad comprendida entre 0-14 años con una muestra de 93 niños entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2016. Los datos clínicos se obtuvieron de la revisión de la Historia de Salud Digital. El estudio estadístico se realizó con SPSS v21.

Resultados

De los 93 coprocultivos hubo pérdida de datos en 3 (3.2%). De los 90 restantes, 32 procedían de atención primaria (35.5%) y el resto de atención hospitalizada. De las muestras procedentes de atención primaria, la distribución por sexos fue 16/32 (50%) en niñas e igual distribución en niños. El 87.5% fueron menores de 2 años. La mayoría fueron aislados en las estaciones de primavera y otoño (40% y 31% respectivamente). En el 40% hubo coinfección con otro microorganismo (12/32 con Campylobacter jejuni y 1/32 con Giardia lamblia). Todos los pacientes presentaron un cuadro diarreico, estando en el 42% asociado a productos patológicos (sangre o moco). Únicamente un paciente (3%) requirió ingreso hospitalario (en contraposición con el 15% de los procedentes del servicio de urgencias). Se encontró sensibilidad a Trimetropin/Sulfametoxazol y a Ciprofloxacino en el 92.3% de las cepas, y a Cefotaxima en el 85.7%. Se administró antibioterapia posterior a los resultados del coprocultivo al 31%.

Conclusiones

- El aislamiento de Aeromona en un coprocultivo en pediatría es infrecuente. Su forma de presentación en general es benigna.
- La mayoría de las veces la infección es autolimitada y no precisa tratamiento
- Existe un elevado índice de sensibilidad a trimetropin/sulfametoxazol acorde a lo publicado en la bibliografía desde hace años, por lo que consideramos este fármaco de elección en caso necesario.
- Se observó un menor porcentaje de tratamiento empírico y mayor de tratamiento tras conocer dichos resultados en el grupo de pacientes procedentes de atención primaria, respecto al de atención hospitalizada.

SÍNDROMES EN LA INFANCIA Y DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Delicado Calderón, Inmaculada; Torres Sánchez, Maripaz.
Hospital Materno Infantil, Centro de Salud Portada Alta, Málaga

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sotos, también conocido como "gigantismo cerebral", se caracteriza por un fenotipo típico, sobrecrecimiento (talla y perímetro craneal ≥2DE), así como algún grado de discapacidad intelectual y alteración del desarrollo psicomotor. Así mismo, pueden asociar anomalías congénitas cardiacas, ictericia neonatal, anomalías renales, escoliosis, alteraciones tiroideas y convulsiones entre otros. Su incidencia se estima en torno a 1:15.000 nacimientos. Se debe a mutaciones y deleciones de NSD1, una histona metiltransferasa implicada en la regulación de la transcripción. Es de herencia autosómica dominante aunque en más del 95% de los casos, el síndrome se debe a una mutación de novo.

CASO CLÍNICO: lactante mujer de 4 meses que acude a consulta para revisión del niño sano. Como antecedentes personales, se trató de un embarazo controlado sin patología, en el cual se realizó amniocentesis por edad materna, con cariotipo normal. El parto fue por cesárea a las 42+6 semanas por no progresión. Al nacimiento, destacaba perímetro cefálico 37,5cm (p97, 1,89DE), con fontanelas amplias, llanto neurológico y leve hipotonía axial. Presentó ictericia en rango de fototerapia y se diagnosticó de hipotirodismo a los 5 días de vida. Se realizó ecografía craneal en la cual se detectaron quistes subependimarios.

Desde consulta de atención primaria se deriva a atención temprana y se recomienda realización de RMN. Acude a consulta de neurología pediátrica donde se objetiva leve retraso del desarrollo psicomotor, hipotonía axial y cifosis dorsal, junto a estrabismo divergente. En RMN se aprecia un discreto retraso en la mielinización con atrofia cortico-subcortical moderada, por lo que se realiza interconsulta a genética ante la sospecha de síndrome de Sotos. Se detecta variante cT6052C en heterocigosis en NSD1 no hallada en los padres, por lo que se considera una mutación de novo. Actualmente la paciente presenta talla y perímetro craneal >2DE respecto a la media. Continúa acudiendo a un centro infantil de atención temprana, donde a nivel motor presenta marcha estable desde los 15 meses y a nivel lingüístico recibe sesiones de logopedia, con mejoría del habla.

CONCLUSIONES: la labor del médico de atención primaria es fundamental para la evaluación y seguimiento del niño sano, así como para detectar de forma precoz y derivar a unidades específicas a aquellos niños con patologías que precisan un abordaje multidisciplinar y un seguimiento a largo plazo por diferentes especialistas.

NO TODO LO QUE PICA ES ATOPIA: SÍNDROME DE WELLS BULLOSO SECUNDARIO A ESCABIOSIS

Extraviz Moreno Ana; Gómez Moyano Elisabeth; de Santiago García-Caro Eloísa

Hospital materno-infantil de Málaga. Dermatología Hospital Civil en Málaga. Centro de Salud Tiro de Pichón de Málaga

Introducción

El síndrome de Wells, también denominado celulitis eosinofílica, es una dermatosis inflamatoria observada sobretodo en adultos, aunque cada vez más frecuente en niños. Su patogenia no está bien aclarada, se cree que se debe a hipersensibilidad a factores precipitantes como medicamentos o infecciones.

Caso clínico

Niña de 4 años consulta por erupción cutánea eritemato descamativa pruriginosa de 2 semanas de evolución, es diagnosticada de dermatitis atópica y tratada con corticoides tópicos y antihistamínicos sin mejoría. Consulta nuevamente por aparición de lesiones vesículo-ampollosas confluentes en tronco y extremidades inferiores, junto a áreas impetiginizadas. Presenta, además, edema que impide la deambulación, por lo que ingresa en planta para estudio. Se encuentra afebril y niega ingesta de fármacos distintos a antihistamínicos. Como antecedentes familiares su madre había sido diagnosticada recientemente de escabiosis.

En planta se inicia amoxicilina-clavulánico intravenoso, fomentos de permanganato potásico y corticoides sistémicos. En el hemograma destaca eosinofilia, con resto normal, así como serología, hemocultivo y urocultivo negativos. En cultivo de exudado de piel se aisla Staphylococcus Aureus. La biopsia cutánea revela imágenes en llamarada típicas del Síndrome de Wells.

Buena evolución con desaparición de las ampollas tras 3 días de tratamiento, observándose ahora vesículas palmo-plantares y surcos acarinos. En el raspado de estas lesiones se visualiza Sarcoptes scabiei, iniciándose Ivermectina y deflazacort y tratando a los conviventes con permetrina tópica. El prurito desaparece tras 24 horas, procediéndose al alta y seguimiento ambulatorio en Dermatología.

Discusión

Existen diversidad de enfermedades cutáneas caracterizadas por la aparición primaria de lesiones ampollosas; asimismo, éstas pueden aparecer secundariamente en el contexto de enfermedades cutáneas no catalogadas como primariamente de ampollosas. Este es el caso de nuestro paciente, en el que la aparición de ampollas de forma secundaria dificultó el diagnóstico, obligándonos a realizar una biopsia para diferenciarlo de enfermedades ampollosas primarias como la dermatitis Ig A lineal.

La biopsia reveló un síndrome de Wells bulloso, entidad rara en la infancia. El cuadro clínico es polimorfo, en primera fase aparecen placas eritemato-edematosas urticariformes, y en segunda fase lesiones vesículo-ampollosas. Estas lesiones toman aspecto indurado en la fase de regresión, resolviéndose de forma lenta.

Como conclusión, es importante saber que no todo lo que pica es dermatitis atópica, debiéndose sospechar escabiosis ante una dermatosis muy pruriginosa que interfiere el sueño del niño y que no mejora con corticoides ni antihistamínicos.

LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA, LA GRAN DESCONOCIDA.

Fernández Peregrina, Silvia. Maldonado Martín, MªBelén. Ruiz-Rico Gómez, Julieta. Espín Galvez, José. Sánchez Vazquez, Ana Rosa. Jimenez Liria, Rosario.
Hospital Torrecardenas, Almeria

INTRODUCCIÓN:
La luxación congénita de rodilla es una patología poco frecuente (1/100.000 nacidos vivos) cuyo diagnóstico se realiza al nacimiento por los hallazgos clínicos, confirmándose radiológicamente. Se produce por una elongación del tendón cuadricipital y se ha relacionado con diversas etiologías, desde una malposición fetal intraútero hasta un posible trastorno genético. El pronóstico dependerá del inicio precoz del tratamiento y su asociación con otras anomalías congénitas (45% luxación congénita de cadera, 31% malformaciones podálicas, 10% luxación codo)
DESCRIPCIÓN DEL CASO:
Recién nacido varón, pretérmino de 33+4 semanas, peso al nacimiento: 2545g. Parto eutócico en presentación cefálica. A la exploración al nacimiento se observa un recurvatum extremo de la rodilla derecha con limitación completa para la flexión confirmándose en estudio radiológico. Resto de exploración física, sin hallazgos de interés. Ecografía de caderas: normal. Se coloca inmovilización con férula inguinopédica en posición de flexión durante 2 semanas, con seguimiento estrecho por parte del equipo de Traumatología y Fisioterapia, realizando movilizaciones paulatinas hasta su recuperación completa pasados 6 meses. No presenta secuelas y en la actualidad deambula con total normalidad.
DISCUSIÓN:
Aunque se trate de una patología poco frecuente, el diagnóstico es sencillo.
El tratamiento precoz en las primeras 24-48h mejorará el pronóstico. Inicialmente se debe hacer una reducción manual progresiva hasta conseguir los 90º momento en el cual, se retira el yeso y se comienza con la fisioterapia.
Se debe hacer un seguimiento habitual de displasia de cadera, aunque es nuestro caso no existía inestabilidad al nacer.
Si a pesar del tratamiento conservador no se consigue respuesta, se deberá realizar cirugía de manera precoz para evitar secuelas.

NO TODA ERUPCIÓN TRAS LA INGESTA DE ALIMENTOS ES UNA ALERGIA: SÍNDROME DE FREY, DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.

FERNÁNDEZ ROMERO, VERÓNICA; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, ISABEL; DE SANTIAGO GARCÍA-CARO, ELOÍSA

Los 2 primeros autores: Centro de Salud Vélez-Málaga Sur (Vélez-Málaga). Tercera autora: Centro de salud Tiro de Pichón (Málaga)

El Síndrome de Frey o del Nervio auriculotemporal se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes de eritema y/o hiperhidrosis, localizados en el territorio del nervio auriculotemporal, que ocurre desencadenado por estímulos gustativos. Es una entidad poco conocida y probablemente infradiagnosticada en pediatría, siendo muchos de los casos mal diagnosticados de alergia a los alimentos. Describimos dos casos clínicos: el caso clínico de una lactante de 5 meses que presenta eritema sin sudoración en mejillas, zona preauricular y temporal bilateral tras la ingesta de fruta y yogur; y el caso de una lactante de 7 meses con episodios de eritema y calor de la zona malar y temporal bilateral con la ingesta de fruta. La fisiopatología es aún desconocida, siendo la teoría más aceptada una regeneración nerviosa irregular tras un trauma (en la infancia, más frecuente obstétrico) o una conexión aberrante congénita. En los dos casos presentados el parto fue eutócico, sin uso de fórceps y con clínica bilateral, por lo que creemos que la etiología es congénita. Es un cuadro benigno que es importante conocer para evitar exámenes innecesarios y manejos terapéuticos inadecuados.

CASO CLÍNICO SOBRE UNA INFECCIÓN AÚN LATENTE

Julia Ferrero Turrión; Begoña Carazo Gallego; David Moreno Pérez; Antonio Urda Cardona
Malaga (Hospital Materno Infantil)

INTRODUCCIÓN:
La brucelosis es una zoonosis transmitida tras el contacto con ganado o consumo de alimentos no pasteurizados, siendo ésta última la vía principal de transmisión en población pediátrica.
Es endémica en el litoral mediterráneo aunque su incidencia en las últimas décadas ha disminuido gracias a la mejora en las medidas higiénico-dietéticas. La clínica de la infección aguda es inespecífica por lo que su despistaje debe incluirse ante toda fiebre de origen desconocido (FOD).
DESCRIPCIÓN DEL CASO:
Paciente varón de 12 años, residente en zona rural y con contacto con ganado caprino, presenta cuadro de dos meses de evolución consistente en fiebre recurrente de 5 días de media cada episodio. Asociaba dolor abdominal, pérdida de peso no cuantificada y artralgias en rodilla derecha. A la exploración destaca limitación y dolor a la flexión de rodilla sin tumefacción ni calor, siendo el resto de la exploración normal. Negaba consumo de alimentos no pasteurizados.
En el estudio realizado en atención primaria por FOD destaca leucopenia de 6800/mm3; hipertransaminasemia (AST 139 U/L, GGT 150 U/L) y PCR 110mg/L. Analítica de orina, radiografía de tórax y ecografía de rodilla normales. El estudio serológico resultó positivo para brucelosis (Rosa de Bengala 1/64, test de aglutinación Brucela melitensis 1/640, Coombs para Brucella 1/10240), y Bartonella henselae (IgG 1/256). Posteriormente se recibe hemocultivo positivo para Brucella Melitensis confirmándose el diagnóstico. Se derivó a consulta de Infectología pediátrica iniciándose antibioterapia combinada con doxiciclina oral 6 semanas y gentamicina intramuscular 15 días. Se completó estudio mediante ecocardiografía normal y ecografía abdominal evidenciándose esplenomegalia con microabscesos esplénicos, por lo que se asocia rifampicina oral 6 semanas. Su evolución fue favorable con negativización microbiológica y serológica al mes, desapareciendo las lesiones esplénicas. Actualmente el paciente se encuentra asintomático a los seis meses tras tratamiento, sin presentar recidivas.
DISCUSIÓN:
A pesar de la baja incidencia en nuestro medio, ante un niño con FOD debemos realizar una buena anamnesis, incluyendo antecedentes de contacto con animales o toma de derivados no pasteurizados. Igualmente debemos incluir la brucelosis en el estudio serológico.
Un diagnóstico confirmado obliga a la realización de estudio de extensión incluyendo ecocardiografía y ecografía abdominal para descartar posibles complicaciones. En nuestro paciente se objetivó la presencia de microabscesos esplénicos, complicación poco descrita en esta entidad, indicándose tratamiento con triple terapia con buena evolución posterior.

DESPATOLOGIZACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y CONCIENCIA DE SU COMORBILIDAD

Julia Ferrero Turrión; Pilar Abollo López; Eloísa de Santiago García-Caro; Eloísa García-Caro García

Málaga (UGC Centro de Salud Tiro de pichón y UGC Centro de Salud El Palo)

INTRODUCCIÓN:

La transexualidad puede manifestarse desde la infancia temprana como una vivencia interna de discordancia entre el sexo biológico y el sentido. Puede producir un malestar intenso con el sexo asignado en un entorno social hostil llegando a ocasionar deterioro del funcionamiento social y comorbilidades psiquiátricas.

Aunque históricamente la demanda asistencial ha sido menor, la incidencia ha aumentado frente a una experiencia médica limitada

El manejo diagnóstico-terapéutico contempla tres fases: psicológica, hormonal y quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente varón de 6 años, sin antecedentes de interés, presenta desde adquisición del habla deseo de ser niña haciendo referencias explícitas a ello, mostrando intereses y empleo de prendas femeninas. Ante la sospecha de disforia de género se deriva desde atención primaria para evaluación psicológica con seguimiento inconstante por contraposición paterna. Es diagnosticado de TDHA e inicia Concerta durante 2 años, no llegándose a concretar ningún diagnóstico de disforia de género ni pauta a seguir por la falta de seguimiento periódico.

A los 9 años y medio, con el apoyo de una asociación de personas con disforia de género, realiza el tránsito social y judicial con cambio de nombre y vestimenta, y se deriva a Endocrino de Granada, unidad de referencia de personas transexuales. Al llegar al estadio Tanner II a la edad de 10 años y 11 meses, y tras la realización del tránsito social adecuado durante un año, presenta deseo de bloqueo puberal con total acuerdo familiar. Actualmente se encuentra en tratamiento con triptorelina trimestral con bloqueo puberal completo, expresando buen estado de ánimo e integración social, recibiendo apoyo social y familiar.

DISCUSIÓN:

El pediatra de atención primaria constituye un pilar fundamental siendo el primer contacto asistencial para pacientes y familiares que buscan orientación, información de recursos (espacios de autoapoyo y encuentro entre iguales), tratamientos (hormonal y quirúrgico) y apoyo para la integración del paciente. Es necesaria la obtención de un conocimiento actualizado y libre de prejuicios sobre esta realidad así como de la legislación vigente.

El entorno social del paciente influye y puede llegar a perpetuar el estado de disforia.

El manejo diagnóstico-terapéutico debe ser preciso, debido a la irreversibilidad de algunos tratamientos, e individualizado, mediante equipos multidisciplinares expertos facilitando la transición ulterior a la edad adulta.

SITUACION ACTUAL DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO SEPSIS GRAVE EN PEDIATRIA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANDALUCÍA.

Gámiz Gámiz, Antonio*; Del Valle de Toro, Antonio*; Sanchez Tallón, Reyes**; Murcia García, Jose***; De la Vega De Carranza, Marina*, Santos Pérez, Juan Luis+

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (Granada)*, CS Zaidin (Granada)**, CS Bulevar (Jaén)***

-Antecedentes: En Andalucía disponemos desde 2010 del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Sepsis Grave. A través de él se pretende la detección precoz de la sepsis y el establecimiento de medidas estandarizadas en los diversos niveles de actuación, basados en la mejor evidencia disponible, que permitan mejorar el pronóstico y establecer indicadores de calidad.
-Objetivos: Conocer el grado de implantación del PAI Sepsis Grave en Pediatría de Atención Primaria en Andalucía.
Valorar las limitaciones y disponibilidad de recursos en el manejo inicial de sepsis grave en Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) pediátricos del Servicio Sanitario Público de Andalucía.
-Metodología: Cuestionario de elaboración propia basado en los recursos e indicadores de calidad descritos en el PAI. Se realizó una encuesta voluntaria y anónima a pediatras de EBAP de Andalucía.
-Resultados: Se recogieron 91 encuestas procedentes de 87 EBAP distribuidos en 50 zonas básicas de salud diferentes.
Del total de los encuestados el 40.7% refería disponer de dispositivo de urgencias en su centro. Afirmaban que la distancia al hospital de referencia (HR) más cercano era menor de 10km en el 64.9% de los casos, entre 10 y 50 km el 28.6% y mayor a 50km en el 13.2% de los casos. El 69.2% de los encuestados coordinarían el traslado al centro de referencia por dispositivo de críticos, el 17.6% en ambulancia convencional y el 11% por los propios medios del paciente.
Del total de pediatras tan solo conocían el PAI Sepsis Grave el 54.9%, recibiendo formación en los últimos 5 años el 46.2% en este ámbito.
Referente a la disponibilidad de herramientas diagnostico-terapéuticas, el 62.6% no disponían frascos de hemocultivo y el 52.7% no tenían ceftriaxona intramuscular. La disponibilidad de antibioterapia era similar en EBAP alejados del HR que en los cercanos, desconociendo su disponibilidad el 42% de los trabajadores situados a más de 50 km. El 42.9% del total refirieron no disponer de aguja de punción intraósea, aunque el 97.8% si disponían de sistemas de administración de líquidos intravenosos.
-Conclusiones: El grado de implantación del PAI es bajo en el conjunto de la Pediatría de Atención Primaria de Andalucía. Los datos del estudio demuestran una escasa disponibilidad de recursos para desarrollar las medidas establecidas en el PAI y en otros protocolos y consensos. Como consecuencia de lo anterior no se dispone de indicadores de calidad que permitan evaluar su impacto en la salud de la población.

SÍNDROME A TENER EN CUENTA ANTE UN HÁBITO MARFANOIDE

García Barrionuevo, Claudia; Morera Sanz, María Isabel; Gallego Alcaide, María José; Márquez Mira, Pedro; Rivera Sánchez, Noelia, Jiménez de los Santos, Carmen

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Antecedentes

El síndrome de Beals es una enfermedad hereditaria autosómica dominante. El gen FBN2 situado en el cromosoma 5 codifica la fibrilina 2, componente de las microfibrillas de elastina. Estos pacientes presentan un fenotipo similar al síndrome de Marfan. Es característica la aracnodactilia, dolicostenomelia, cifoescoliosis artrogriposis distal congénita (codo, rodilla, cadera), hélix plegado, micrognatia, hipoplasia de los músculos de las pantorrillas y pectum excavatum/carinatum, entre otras manifestaciones. En el caso de existir alteraciones cardíacas son más leves que en el síndrome de Marfan.

Objetivos

Conocer los hallazgos principales que diferencian a estos pacientes del síndrome de Marfan.

Metodología

Descripción de caso clínico de síndrome de Beals

Resultados

Mujer de 12 años, entre sus antecedentes personales destaca una artrogriposis congénita, pies equinovaros y retraso madurativo leve. En la exploración física observamos aracnodactilia, pabellones auriculares plegados y una hipotrofia muscular global predominante en la región de las pantorrillas. Ante estos hallazgos se solicita estudio genético detectandose la variante c4217G>A en el gen FBN2. Esta variante es de significado incierto. A partir del caso índice se estudia a la familia diagnosticando al hermano y madre de la paciente del mismo síndrome. Se realizan controles oftalmológicos y cardíacos sin anormalidades. La paciente presenta luxaciones recidivantes de rótula, en otros aspectos la evolución es favorable.

Conclusiones

- El síndrome de Beals es una enfermedad hereditaria de origen genético (gen FBN2). La incidencia real es desconocida.
- Ante cualquier neonato con artrogriposis debemos hacer despitaje de esta enfermedad mediante el diagnóstico molecular. La ecografía prenatal es de gran utilidad.
- Las principales diferencias con el síndrome de Marfan son las contracturas, el hélix plegado y la ausencia de alteraciones graves cardíacas y oculares.
- El pronóstico es bueno excepto la cifoescoliosis con una evolución menos favorable.

PACIENTE CON DEPOSICIONES LÍQUIDAS NARANJAS, ¿DEBE PREOCUPARME?

García Jiménez Elena; Moreno Molina Jose Antonio; Manzano del Amo Sandra
Centro de Salud Limonar. Distrito sanitario Málaga. Zona Básica Málaga.

Resumen: La diarrea oleosa anaranjada o keriorrhea consiste en la descarga masiva e involuntaria de deposiciones oleosas anaranjadas tras el consumo previo de pescado.
Caso clínico: Niña de 12 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude a consulta por presentar heces líquidas anaranjadas en varias ocasiones desde hace 12 horas. No se acompaña de dolor abdominal, vómitos ni fiebre. Misma clínica en sus hermanas. La exploración física es normal. La noche anterior toda la familia consumió pescado que fue adquirido como mero. Están muy preocupados y solicitan estudio.
Comentario: Los pescados de la familia Gempylidae como el escolar clavo (Ruvettus pretiosus) y escolar negro (Lepidocybium flavobrunneum) viven en aguas profundas y su sistema de flotación es rico en aceite. Pueden ser adquiridos en sustitución de otros pescados de mayor coste como el mero o para la preparación de comida japonesa. Se han descrito dos tipos de patologías asociados a su consumo: intoxicación histamínica (hormigueo orofaringeo, exantema habonoso, cefalea, naúseas, vómitos, taquicardia…) e intoxicación por ésteres cerosos (gempilotoxinas), como en nuestro caso. El ser humano no dispone de lipasas específicas para la digestión de estos ésteres y llegan líquidos, debido a su bajo punto de fusión, hasta la ampolla rectal; causando incontinencia y evacuación anal de líquido semejante al “aceite de mejillones en lata” o al “aceite de freír chorizo”, a veces de forma imperceptible. No se considera una verdadera diarrea al no estar acelerado el tránsito, no haber pérdida de agua ni alteraciones electrolíticas. El cuadro es autolimitado, no se acompaña de dolor ni de otra clínica gastrointestinal. El periodo de latencia desde el consumo hasta su evacuación puede oscilar desde 20 minutos hasta 72 horas. No todos los que los consumen presentan síntomas, como en nuestro caso.
Puede reducirse su toxicidad con preparación adecuada del producto, aunque el cocinado no destruye estos ésteres.
La reglamentación de venta y consumo de estos pescados no es homogénea. En algunos países han sido prohibidos y en otros solo los desaconsejan, debiendo ser debidamente etiquetados e informando de sus posibles efectos adversos
Conclusiones: Es importante reconocer esta intoxicación para no realizar estudios innecesarios, emitir un pronóstico y tranquilizar a las familias.
Al ser procesos autolimitados, con escasa clínica y el desconocimiento de esta entidad, se piensa que el número de casos puede ser mayor al publicado. Al ser detectado, debería notificarse a los servicios de vigilancia epidemiológica para realizar investigaciones oportunas.

CEFALEA OFTALMOPLÉJICA EN NIÑO DE 10 AÑOS

Mª Del Carmen García Saborido; Francisco Manuel Lorenzo Espada; Carmen Rivas Rodríguez
Centro de salud El Rubio (Sevilla), Centro de salud Osuna(Sevilla)

Ámbito del caso: Atención primaria.
Motivo de consulta: Cefalea y ceguera aguda de un ojo.
Historia clínica:
* Antecedentes personales:
- Rinoconjuntivitis y asma.
- Migraña desde los 3 años y medio
* Anamnesis: Varón de 10 años que acude a urgencias del centro de salud por cuadro de cefalea de características migrañosas y ceguera aguda de ojo izquierdo.
Exploración en centro de salud: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Afebril. ACR normal.
Abdomen normal
Neurológico: Glasgow 15. Pupilas normorreactivas a la luz y acomodación. Anisocoria normorreactiva I>D .No signos meníngeos. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetrías ni disdiadococinesias. Marcha normal. No signos meníngeos.
Tratamiento: oxigenoterapia y analgesia, cediendo el cuadro.
Derivación a Pediatría para estudio.
* Exploración y pruebas complementarias (En servicio de Pediatría).
Neurológico: Persiste anisocoria. Resto normal.
RMN: Hipoplasia y tortuosidad en trayecto de Arteria cerebral posterior izquierda, sin aneurismas.
Ante la sospecha de dilatación de arteria cerebral , se deriva a Neurocirugía General para estudio: Persisten cefaleas frecuentes, sin signos de alarma y anisocoria. Desde Neurocirugía descartan que la deformidad en el Polígono de Willis (arteria trigeminal persistente) sea la causante de la ceguera, considerando ésta como un hallazgo accidental .
* Juicio clínico: Cefalea Oftalmopléjica.
* Diagnóstico diferencial:
1- Cefaleas de origen craneal intraencefálico:
a) Vasculares:
Migraña sin aura o con aura.
Migraña retiniana.
Sd. Paroxísticos de la infancia (vértigo paroxístico benigno, hemiplejia alternante).
Migraña complicada (Status migrañoso, Infarto migrañoso).
Cefalea acuminada de Horton.
b) No Vasculares: meningitis , encefalitis, tumores primarios o metastásicos, abscesos, hemorragias o trombosis, postconvulsivas, postraumáticas).
2- Cefaleas de origen craneal extraencefálico: por afecciones oculares o otorrinolaringológicas, neuralgias, arteritis, cefalea menstrual.
3- Cefaleas asociadas a enfermedades generales: HTA, procesos infecciosos , intoxicación por CO_2 .
4- Cefaleas psicógenas o tensionales.
* Tratamiento: Flunarizina 5 mg cada 24 h.
* Evolución: El paciente ha evolucionado favorablemente, siendo dado de alta por Neurocirugía.
* Conclusiones:
- El tratamiento es igual al de la migraña sin aura.
- La farmacoprofilaxis está indicada únicamente cuando la cefalea repercute sobre la calidad de vida del paciente.
- Uso de triptanes sólo en crisis de migraña frecuentes y severas, o migrañas leves que no ceden con analgésicos o AINES.
- Si signos de alarma derivar a Neurocirugía.

* Palabras claves: Cefalea oftalmopléjica, anisocoria, migraña

NIÑO DE 9 AÑOS CON AFTA ORAL RECURRENTE: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

García Soto, Laura; Puerta Vílchez, Magdalena; Miranda Romera, Patricia; Martínez Plaza, Adoración; Martín Masot, Rafael; Santos Pérez, Juan Luis

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción

Las aftas orales recurrentes son lesiones inflamatorias dolorosas de la mucosa bucal que aparecen de forma periódica. Su inicio en la niñez obliga a la realización de un diagnóstico diferencial amplio.

Caso clínico

Paciente de 9 años que presenta, desde los 7, una lesión aftosa recidivante en la mucosa adyacente al primer molar derecho, con aparición mensual, que se acompaña de ulceración, dolor, tumefacción y en ocasiones fiebre. Inicialmente no presenta otra sintomatología. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. La exploración revela un fenotipo normal, sin alteraciones por órganos y aparatos. Hemograma, bioquímica, función renal, hepática y lípidos son normales. Los estudios de parámetros inflamatorios y autoanticuerpos descartan patología autoinmune. Posteriormente, al detectarse el haplotipo HLA-DQ2, asociado a enfermedad celíaca, se realiza endoscopia digestiva alta en la que no se objetivan alteraciones de la mucosa intestinal. Es valorado por C.Maxilofacial, que solicita ecografía de glándulas salivares, TAC de macizo facial y cultivo de la lesión, con resultados normales, y se realiza extirpación y biopsia de la lesión en la que se observa un epitelio con moderada acantosis y paraqueratosis, infiltración linfocitaria y sialoadenitis crónica. Semanas después, la lesión vuelve a aparecer. Tras anamnesis minuciosa, los padres refieren que el paciente, los días previos a la aparición de la úlcera, muestra cambios en el carácter con frustración y llanto, y ha comenzado a presentar movimientos involuntarios de los brazos y del tronco, tics fónicos de carraspeo y susurro y manía de oler todos los objetos, síntomas que aparecen en periodos en los que se encuentra más nervioso. Tras valoración por Neuropediatría y Salud Mental, se realiza diagnóstico de sospecha de Síndrome de Gilles de la Tourette, siendo las lesiones orales consecuencia de erosiones de la mucosa secundarias a estereotipias. Tras iniciar terapia cognitivo-conductual que no es bien aceptada por la familia, se propone tratamiento con guanfacina para control de tics.

Comentarios

La aparición de aftas orales recurrentes en la infancia obliga a la realización de un diagnóstico diferencial que incluya patología autoinmune, inmunodeficiencias, déficits nutricionales crónicos y patología digestiva como celiaquía o enfermedad inflamatoria intestinal. En cualquier caso es fundamental realizar una historia clínica detallada y completa, ya que en ocasiones podemos encontrarnos causas poco frecuentes, como en nuestro paciente, en el que la úlcera se producía de manera repetitiva como consecuencia de los tics que presentaba (mordida continua de la mucosa yugal) debido a su patología neuropsiquiátrica de base.

RABDOMIOLISIS COMO COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE POSTVARICELA.

Garrido Casado, J.[1]; Ballesteros Lara T.[2]; Martín Moya R.[1]; Almagro Tello A.[1]; Cruz Palomares A.[1]; Cuevas Cervera J.L.[1]

[1]Complejo Hospitalario de Jaén [2]CS Mancha Real, Distrito Sanitario de Jaén - Jaén Sur.

INTRODUCCIÓN: La varicela en la infancia es una entidad que suele evolucionar favorablemente y sin complicaciones graves. Las más frecuentes son la sobreinfección de las lesiones cutáneas, la laringitis, la neumonía y la cerebelitis. La rabdomiolisis tras una infección por varicela es una complicación extremadamente rara documentada en muy pocos casos en la literatura. Incluso en pacientes sanos sin factores de riesgo, las formas más severas pueden evolucionar desfavorablemente con el desarrollo de insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas y coagulación vascular diseminada. Su detección precoz resulta fundamental para prevenir el desarrollo de estas complicaciones potencialmente graves.

CASO CLÍNICO: Niño de 6 años sin antecedentes de interés, en seguimiento por su Pediatra de Atención Primaria por varicela, consulta al séptimo día de evolución de la misma por imposibilidad para la marcha por dolor intenso en ambos miembros inferiores de predominio en gemelos y huecos poplíteos, que empeora con la dorsiflexión del pie. La fuerza y los reflejos osteotendinosos eran normales. No había signos cerebelosos. Presentaba un exantema en fase de costra sin lesiones sobreinfectadas. Se realizó una analítica sanguínea urgente que mostró una creatinquinasa de 7.642 U/L; GOT 274 U/L; GPT 101 U/L; mioglobina 239 ng/ml. La función renal y el ionograma eran normales. Ante la sospecha de rabdomiolisis se decide ingreso en planta para hidratación intravenosa con cristaloides y monitorización clínica y analítica. Es alta con evolución favorable. La serología fue positiva (IgG e IgM) para Virus Varicela-Zoster (VVZ) y negativa para el resto de virus investigados. La evolución clínica fue favorable con normalización de la creatinquinasa, mioglobina y transaminasas a las dos semanas del ingreso.

DISCUSIÓN: La rabdomiolisis desencadenada tras una infección viral como la varicela es infrecuente y clínicamente indistinguible de una miositis aguda postinfecciosa, por lo que son necesarias determinaciones analíticas para su identificación. Es importante que el Pediatra de Atención Primaria conozca la posibilidad de esta complicación con el fin de diagnosticarla precozmente. El reconocimiento de este cuadro clínico y la instauración temprana del tratamiento consistente en hidratación intravenosa con monitorización de la función renal son los puntos fundamentales del manejo médico de esta patología. Queda por determinar si etiologías infrecuentes como el VVZ evolucionan de manera más agresiva a las producidas por otros agentes virales.

ALGO MÁS QUE UN ANGIOMA PLANO CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE STURGE-WEBER.

Garrido Casado, J.[1]; Ballesteros Lara T.[2]; Martínez Rebollo M.[1]; Jiménez Jurado B.[1]; Castillejo Nieto C.[1]; Cuevas Cervera J.L.[1]

[1]Complejo Hospitalario de Jaén [2]CS Mancha Real, Distrito Sanitario de Jaén - Jaén Sur.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sturge-Weber (SSW) es una patología congénita caracterizada por angiomas a nivel cerebral, cutáneo y ocular. La mancha en vino de Oporto, localizada a nivel facial, suele constituir el primer signo de sospecha. Puede suponer un reto para el Pediatra de Atención Primaria distinguirla de los angiomas planos congénitos, sobre todo en su fase inicial en la que toma un aspecto rosado y poco engrosado. Presentamos un caso clínico de angioma plano que correspondió finalmente a SSW.

CASO CLÍNICO: Niño de 19 meses que acude a Urgencias presentando crisis convulsiva parcial que se inicia con desconexión del medio, mirada hacia la izquierda seguida de clonías de hemicuerpo derecho y desviación de la comisura bucal. Afebril. Cursando cuadro de vómitos desde hacía 36 horas.

En la exploración física destaca un angioma de coloración rosada en región hemifrontal izquierda que se extiende hacia región parietal y malar homolateral, en seguimiento por su Pediatra desde el nacimiento.

La crisis cede con Midazolam intravenoso y ante la sospecha de SSW ingresa para estudio. Se realiza EEG: Actividad bioeléctrica globalmente lentificada con descargas epileptiformes en región temporooccipital del hemisferio izquierdo. TAC: calcificaciones de origen pial en región parietooccipital izquierda, en relación con malformación vascular. RM cerebral al año y medio de vida y a los tres años informadas como normales. Durante su ingreso presenta varias crisis convulsivas que finalmente se controlan con Ácido Valproico y Clobazam. En la actualidad realiza seguimiento en consulta de Neuropediatría con desarrollo psicomotor normal.

DISCUSIÓN: La mancha en vino de Oporto suele presentarse similar a un angioma plano congénito, sin embargo éste tiende a desaparecer mientras que la primera va oscureciéndose con el tiempo y adoptando un aspecto engrosado. Las localizaciones hemifacial y frontal pueden, en fase inicial, orientarnos a un posible SSW.

Entre las manifestaciones neurológicas, lo más característico son las convulsiones que se relacionan con la presencia de angioma leptomeníngeo; el retraso mental está en relación con la agresividad de las crisis así como con la extensión del mismo.

El cribado de lactantes asintomáticos con mancha en vino de Oporto mediante EEG y RM cerebral podría contribuir al diagnóstico precoz de esta enfermedad. Sin embargo, por debajo del año de edad presenta una escasa sensibilidad. Además, no existe evidencia de que el uso presintomático de la RM mejore los resultados del desarrollo psicomotor, aunque sí puede ayudar a disminuir la ansiedad de los padres.

BARRERAS Y RECURSOS RECONOCIDOS POR LOS PADRES PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD INFANTIL

Gavilán Santos, Lucía Blanca (1). Armenteros López, Ana Isabel (1). Mañas Uxó, Maria Isabel (1), Sánchez López-Gay, José (1). López Prieto, Francisca (2). Fernández Campos, María Amparo (2)

1 - MIR Pediatría en C. H. Torrecárdenas, 2 - Pediatras en UGC Almería-Centro, Distrito Almería.

ANTECEDENTES: Debido al rápido incremento de su prevalencia y sus graves consecuencias para la salud, la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. Clásicamente, las intervenciones de prevención de la obesidad se centraban en un solo entorno, y habían sido concebidas por instancias políticas o universitarias, sin participación de la comunidad. Las medidas para prevenir la obesidad infantil tienen que adoptarse en múltiples entornos, incluir diversos enfoques y contar con la participación de una amplia gama de partes interesadas, fundamentalmente las familias.

OBJETIVOS: Conocer las barreras y activos o recursos que los padres de niños con obesidad reconocen en ellos o en su comunidad para mejorar el control del exceso de peso de sus hijos.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo mediante entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas a padres de niños diagnosticados de obesidad según los criterios de la OMS. El tamaño de la muestra fue determinado por el criterio de saturación. Los datos narrativos fueron analizados mediante la metodología de análisis de contenido.

RESULTADOS: Se repartieron un total de 36 encuestas. La edad media de los encuestados fue de 42 años, tratándose de madres el 91.7% (33), y padres los tres restantes. La mayoría de los encuestados considera que la principal barrera para llegar al cambio es la falta de tiempo de los propios padres (60%). El resto de hándicaps destacados fueron la falta de tiempo en los niños por el exceso de tareas escolares (26.7%), seguida del poco espacio disponible para hacer ejercicio en su barrio (23.3%).

A la pregunta, “¿qué características personales suyas o de su entorno considera que le han ayudado a conseguir el cambio?”, la mayoría de los encuestados (12) refiere a su pediatra como principal fuente de influencia, seguido de la propia familia (9). Menos frecuentes, aunque también presentes, destacan la escuela y la propia decisión de los padres.

CONCLUSIONES: Los determinantes de la obesidad son complejos y diversos, por lo que las intervenciones más eficaces son las que permiten una participación considerable de las principales partes interesadas. Escuchar a esas poblaciones destinatarias y aprender de ellas es un modo de asegurar que nuestras intervenciones atiendan sus necesidades y lleguen a ser eficaces. Destacamos la importancia de los pediatras de Atención Primaria como principal activo externo reconocido por las familias, lo que nos anima a seguir trabajando con ellas para mejorar la salud de nuestros niños.

SECUENCIA DE PIERRE ROBIN DE DIAGNÓSTICO TARDÍO. IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO.

Gil Alexandres, Inmaculada; Pérez Salgado, Cecilia; Torregrosa Tomás, María Dolores
Centro de Salud Alhaurín de la Torre (Málaga), Centro de Salud Torrequebrada (Málaga)

Antecedentes:
La secuencia de Pierre Robin es una enfermedad presente en 1 de cada 10.000 nacidos vivos. Se caracteriza por micrognatia, glosoptosis y fisura velopalatina. Se describe como "secuencia" por ser las alteraciones palatinas secundarias al desarrollo mandibular anómalo durante la gestación temprana. Puede darse aislada (20-40% de los casos) o formar parte de otros síndromes. Las características clínicas principales son la dificultad respiratoria debida a una macroglosia relativa y los problemas para coordinar la succión, deglución y respiración. La severidad es variable.
La exploración física sistemática del recién nacido es una actuación fundamental que debe llevarse a cabo por los profesionales implicados en cada momento. En el hospital están siempre indicadas una exploración médica reglada antes de las 24 horas de vida, así como otra exploración al alta. En atención primaria está indicada una exploración clínica en la visita puerperal (primeros 15 días de vida) y en los siguientes controles del programa de salud infantil.
Metodología y resultados:
Presentamos el caso de una recién nacida a término y peso adecuado, sin antecedentes de interés salvo micrognatia materna.
En el informe de alta hospitalaria constan controles prenatales normales y exploración sistemática al alta normal.
Acude a controles en atención primaria (visita puerperal y visita del primer mes) presentando buena ganancia pondoestatural con lactancia materna exclusiva, constatándose micrognatia que se asume como rasgo familiar.
No refiere episodios de atragantamiento, trastornos deglutorios, problemas durante el sueño ni crisis de dificultad respiratoria.
Al mes de vida acude a urgencias hospitalarias por un proceso catarral leve, apreciándose la presencia de fisura palatina media.
Dada la asociación con micrognatia, se deriva a la consulta de cirugía pediátrica con el diagnóstico de secuencia de Pierre Robin.
Conclusiones:
Aunque la exploración sistemática del recién nacido está incluida en los protocolos de valoración hospitalaria, hay que evitar el exceso de confianza y realizarla también de forma reglada y completa en todas las consultas del programa de salud infantil.
La garganta del neonato es difícil de ver por la posición del arco del paladar. Sin embargo, hay que observarla con claridad, puesto que es fácil pasar por alto una hendidura palatina posterior. Si no es posible su visualización, debería palparse.
Dentro de las actividades recomendadas en los programas de salud infantil, debería recogerse expresamente la exploración de la cavidad oral completa y la visualización de al menos una toma para valorar la correcta fisiología de la succión-deglución.

NISTAGMO ¿O ALGO MÁS?

Gómez Garrido, Inmaculada; González Villén, Raquel; Carmona Espejo, Antonio; Almagro Tello, Antonio; Cruz Palomares, Ángela; Jiménez Jurado, Beatriz.

Complejo Hospitalario de Jaén (Jaén); Distrito Metropolitano de Granada (Granada); Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

INTRODUCCIÓN

Es importante buscar los signos de sospecha de déficit visual en la infancia, ya que la detección tardía supone un déficit permanente e irreversible de la capacidad visual en la edad adulta. La determinación de la agudeza visual en la infancia es compleja.

El nistagmo son oscilaciones involuntarias de repetición rítmica que pueden afectar a uno o ambos ojos y en alguna o en todas las posiciones de la mirada. Hay dos tipos según el tipo de movimiento y su velocidad: Nistagmo pendular y nistagmo en resorte ("jerk"). Se clasifica en: fisiológico, infantil (congénito) y adquirido. A su vez, el nistagmo congénito se ha dividido tradicionalmente en nistagmo por defecto sensorial, que suele ser horizontal y pendular, con severidad dependiente del grado de pérdida visual, y por defecto motor, que suele presentar movimiento horizontal, y puede ser pendular o en resorte.

CASO CLÍNICO

Lactante de 3 meses que consulta por nistagmo de un mes de evolución. Entre sus antecedentes personales destaca gestación tras ovodonación y parto inducido a las 35 semanas de gestación por preeclampsia leve. En la exploración física encontramos hipopigmentación de piel y cabello, ojos azules y movimientos oculares horizontales de ambos ojos. No fija la mirada ni sigue la luz. Tono axial discretamente disminuido. Es valorado por oftalmología, encontrándose atrofia periférica de iris con transiluminación positiva y siendo diagnosticado de nistagmo pendular congénito y de astigmatismo hipermetrópico. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: analíticas, cariotipo y RM de cráneo y órbitas, siendo todas normales. Los test genéticos de albinismo confirmaron el diagnóstico de albinismo oculocutáneo (OCA) tipo 2.

Actualmente, el paciente ha tenido una buena evolución tras lentes correctoras y tratamiento rehabilitador. Sigue caras y coge objetos cercanos, con mejor visión en el lado derecho, y presenta retraso motor leve.

CONCLUSIONES

Destacar la importancia de detectar signos de déficit visual en la infancia en atención primaria.

Dentro del nistagmo infantil, la causa más frecuente es la baja agudeza visual (nistagmo sensorial).

Ante el hallazgo de nistagmo, además de realizar una historia clínica detallada buscando otros signos y síntomas, es importante realizar una exploración oftalmológica completa.

Debemos sospechar albinismo oculocutáneo ante el hallazgo de hipopigmentación y de alteraciones oculares. Es necesario un diagnóstico genético para establecer el subtipo de OCA.

EXANTEMA MEDICAMENTOSO EN LA INFANCIA

Gómez Garrido, Inmaculada; González Villén, Raquel; Cambrón Carmona, Esther; Jiménez Jurado, Beatriz; Castilejo Nieto, Cristina; Almagro Tello, Antonio.
Complejo Hospitalario de Jaén (Jaén); Distrito Metropolitano de Granada (Granada)

INTRODUCCIÓN:
Según la OMS, una reacción adversa a un medicamento es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas. La prevalencia de reacciones medicamentosas en niños es de un 7%. Los fármacos que más frecuentemente causan reacciones adversas son los antibióticos.
Según el intervalo de aparición, pueden ser: inmediatas, que aparecen en la primera hora tras la exposición y se suelen manifestar como anafilaxia, hipotensión, urticaria/angioedema, o sibilancias; aceleradas, entre 1 y 72 horas, con urticaria/angioedema; y tardías, que aparecen a partir de las 72 horas con manifestaciones clínicas como erupciones exantemáticas, enfermedad del suero, fiebre, anemia, neutropenia o trombocitopenia.
Según el tipo de reacción, pueden ser: tipo 1, mediadas por IgE; tipo 2, mediante lisis celular por IgG; tipo III, por depósito de inmunocomplejos y activación del complemento; y tipo IV, mediadas por células T.
CASO CLÍNICO
Caso 1: 4 años, lesiones cutáneas eritematosas, pruriginosas y evanescentes, que ceden a la vitropresión, 1 hora después de tomar ibuprofeno. Diagnóstico: urticaria posiblemente secundaria a ibuprofeno. Reacción inmediata, IgE mediada.
Caso 2: 6 años, hinchazón de labio superior 3 horas después de la toma de ibuprofeno, y 3 semanas después, tras tomar el mismo fármaco, hinchazón de labio inferior, con endurecimiento de la zona y sensación de hormigueo. Diagnóstico: angioedema.
Caso 3: 10 años, exantema eritematoso-purpúrico no pruriginoso, que no cede a vitropresión, tras 4 días de tomar paracetamol por un proceso febril. Lo presentó durante 2 meses. Diagnóstico: vasculitis leucocitoclástica.
Caso 4: 4 años, acude a urgencias por fiebre, exudado amigdalar, edema de manos y pies y exantema morbiliforme tras 7 días en tratamiento con amoxicilina por otitis media aguda. Diagnóstico: enfermedad del suero.
Caso 5: 2 años, presenta tras 7 días de tratamiento con amoxicilina por otitis media aguda un exantema maculopapular no pruriginoso en tronco y raíces de miembros, respetando cara y mucosas. Diagnóstico: alergia a la amoxicilina.
CONCLUSIONES
Más del 90% de los niños que consultan por alergia a fármacos presentan estudio alergológico negativo.
Podemos disminuir las reacciones alérgicas a antibióticos disminuyendo su uso innecesario y llevando un adecuado manejo de los cuadros que predisponen a infecciones desde atención primaria.
Es fundamental registrar la sospecha de alergia a un fármaco, y borrar este dato en el caso de que ésta se descarte tras estudio.

MÁS QUE UN BROTE PSICÓTICO

González Villén, Raquel; Carmona Espejo, Antonio; Gómez Garrido, Inmaculada.
Pediatra EBAP, Distrito Metropolitano de Granada; MIR Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Virgen de las Nieves, Granada; MIR Pediatría, Hospital Materno Infantil, Jaén

INTRODUCCIÓN

El término psicosis se refiere a un estado mental en el cuál acontecen importantes trastornos del pensamiento, relación y percepción de la realidad. El niño psicótico no se expresa bien, tiene dificultades para responder preguntas y se puede mostrar extremadamente suspicaz y hostil. La psicosis puede derivar de una causa física (lesiones del SNC, alteraciones endocrino-metabólicas, enfermedades sistémicas, infecciones, tóxicos…) o psiquiátrica (autismo, esquizofrenia...).

CASO CLÍNICO

Niña de 13 años derivada a urgencias por sospecha de cuadro psicótico. Presenta desde hace 2 días necesidad de tocar cosas de forma reiterada, coger papeles del suelo con supuestos mensajes cifrados y dice sentirse “vigilada por cámaras”

Desde hace 2 semanas: lenguaje poco coherente, disminución de la sociabilidad, alteraciones del sueño.

Exploración física: Pápulas en rosto de predominio en raíz de nariz, placa sobreelevada de 20x20 cm en región lumbar. SNC inquieta, Romberg dudoso, dificultad para coordinación. Exploración psicológica: Voz empastada, musitaciones. Hipofonía, discurso incoherente.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, iones normales. Tóxicos: negativos

Antecedentes familiares: Sin interés.

Antecedentes personales:

- Embarazo y parto: normal. Desarrollo psicomotor: normal. Problemas con desarrollo del lenguaje desde los 2-3 años de edad
- Cursa 1º de ESO con bajo rendimiento.

Enfermedades anteriores: unidad salud mental comunitaria: ansiedad y pensamientos obsesivos desde hace 8 meses

Juicio clínico: sospecha de cuadro psicótico + alteración cutánea

Valorada por servicio de Dermatología: angiofibromas faciales y placa de Shagreen.

Se solicita RM craneal, en la que se observa displasia cortical (tuberomas y lineas readiales de sustancia blanca) y astrocitoma subependimario de células gigantes de 15 mm en agujero de Moro

Ante la sospecha de Esclerosis Tuberosa (ET), se descarta epilepsia asociada y se realiza estudio de extensión, en el que se observan también hamartomas retinianos. Estudio genético: TSC 2.

CONCLUSIONES

Existen numerosos problemas médicos que pueden manifestarse con un cuadro de psicosis, por lo que es importante descartar organicidad ante un brote psicótico agudo en la consulta de pediatría, haciendo especial hincapié en la historia clínica, la exploración física y los antecedentes.

El diagnóstico de la ET suele ser difícil, debido a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas y de su gravedad, sobre todo en sujetos pediátricos y adultos jóvenes y en los que tienen escasa sintomatología. Aunque los síntomas de la ET pueden presentarse desde el nacimiento, en muchos casos las manifestaciones no aparecen hasta varias décadas después.

HEPATITIS AUTOINMUNE DESENCADENADA TRAS INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS A: A PROPÓSITO DE UN CASO

Heredia Torres Nuria; Cardelo Autero Nerea; Carazo Gallego Begoña; Moreno Pérez David; Serrano Nieto Juliana; Urda Cardona Antonio

Hospital Materno-Infantil de Málaga (Hospital Regional Universitario)

INTRODUCCIÓN

La ictericia y el dolor abdominal de localización en hipocondrio derecho son signos clínicos característicos de hepatitis aguda (HA), siendo la etiología viral la causa más frecuente. La hipertransaminasemia persistente tras un cuadro de HA debe hacernos sospechar una posible hepatitis autoinmune (HAI). Esta patología se caracteriza por inflamación y fibrosis hepática, acompañada de autoanticuerpos e hipergammaglobulinemia. Se han descrito casos en la literatura en los que el virus de la hepatitis A (VHA) actúa como desencadenante de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Niña de 13 años que presenta ictericia objetivada por su pediatra en contexto de cuadro clínico de fiebre y dolor abdominal en hipocondrio derecho de 5 días de evolución, por lo que se deriva a hospital de referencia para estudio. Como antecedente destaca viaje a Marruecos un mes previo al inicio de los síntomas. Se realiza analítica sanguínea donde se observa hipertransaminasemia (GOT 2706 U/L y GPT 2742 U/L), hiperbilirrubinemia a expensas de fracción conjugada (bilirrubina directa 2.7 mg/dL) y coagulopatía (INR 1.41) que precisa administración puntual de vitamina K, requiriendo ingreso. En ecografía de abdomen se aprecia ligera hepatomegalia con signos de hepatopatía. En el estudio realizado se solicita serología a virus hepatotropos, siendo la IgM a VHA positiva, y anticuerpos de HAI. La paciente evoluciona favorablemente con mejoría del perfil hepático pudiendo ser dada de alta, estando pendiente el estudio de HAI.

En seguimiento ambulatorio se constata persistencia de sintomatología junto con nueva alteración del perfil hepático transcurridas cuatro semanas tras el alta (hipertransaminasemia y coagulopatía leve) e hipergammaglobulinemia, objetivándose anticuerpos antimúsculo liso y ANA positivos (título 1/40). Ante estos hallazgos se decide ingreso hospitalario para realización de biopsia hepática, que muestra hallazgos compatibles con HAI. Se inician corticoides sistémicos, precisando asociación posterior de azatioprina tras la cual se normalizan los valores analíticos al mes de tratamiento. Actualmente la paciente continúa con tratamiento inmunosupresor, encontrándose asintomática con negativización de títulos de anticuerpos, pendiente de realización de fibroscan y ecografía abdominal de control.

CONCLUSIONES

La etiología viral es la causa más frecuente de HA.

En ocasiones, la HAI se desencadena de forma secundaria a infecciones virales, entre ellas el VHA.

Es fundamental realizar un adecuado seguimiento de los pacientes con HA hasta comprobar la normalización de la función hepática, con el objetivo de descartar una posible evolución a esta entidad.

En nuestro paciente, la solicitud de anticuerpos de HAI al inicio del cuadro aceleró su diagnóstico.

BROTES DE ENFERMEDAD BOCA MANO PIE EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Hoyos Leyva, Cristina; Cantarero Vallejo, Maria Dolores.
Centro de Salud de Illescas, Illescas (Toledo)

Antecedentes

La enfermedad boca mano pie (EMBP) es una infección exantémica contagiosa frecuente en niños menores de 5 años. De forma típica se presenta con úlceras orales y exantema vesiculoso en palmas, plantas y dedos de pies y manos. La causan con mayor frecuencia el coxsackie A16 y enterovirus A71. El coxsackie A6, está relacionado con formas atípicas (fiebre alta, mayor sintomatología sistémica y mayor extensión de las manifestaciones cutáneas).

La enfermedad aparece normalmente de forma aislada, aunque en ocasiones producen epidemias más o menos extensas.

El proceso es autolimitado y dura de siete a diez días. Aparece con mayor frecuencia al final de verano y en otoño.

Objetivo

Describimos las características epidemiológicas, clínicas y temporales de la EMBP en una consulta de AP desde 2014 a 2017, con el fin de proporcionar información sobre la variabilidad clínica e incidencia de la enfermedad y de las formas atípicas.

Métodos y resultados

Estudio descriptivo de casos de EMBP desde enero de 2014 a diciembre de 2017. Recopilamos los diagnósticos de esta enfermedad analizando los casos por año, sexo, edad, descripción clínica, síntomas asociados agudos y tardíos y mes de aparición.

Se diagnosticaron un total de 83 casos durante el periodo de estudio (20 casos en 2014, 3 en 2015, 24 en 2016 y 36 en 2017). No hubo diferencias significativas en la prevalencia por sexos (53.01% mujeres y 46.98% hombres). La edad media de presentación fue 2.78 años. Cursaron con fiebre 21 casos (14 en 2017). Presentaron sobreinfección de las lesiones 14 pacientes. La forma atípica, con mayor extensión cutánea, se presentó en 24 casos (20%), siendo más frecuente en los últimos 2 años. La evolución clínica de todos los casos fue benigna. La incidencia fue mayor en los meses de noviembre (26.50%), octubre (21.68%) y mayo (14.46%). Manifestaciones tardías aparecieron en tres casos onicomedesis y en dos casos descamación de dedos de las manos.

Conclusiones

La EMBP en nuestro cupo se ha mostrado de forma aislada en 2015 y en brotes crecientes en 2014, 2016 y 2017 con un aumento de las formas atípicas; mayor estacionalidad otoñal y primaveral, afectando más a niños ≤3 años.

Probablemente serotipos virales diferentes hayan provocado los brotes. Es importante que desde AP se insista a la población en medidas preventivas como mantener una buena higiene de manos y la desinfección adecuada de superficies en entornos de cuidado infantil para reducir la transmisión de EMBP.

EDUCACIÓN EN ASMA EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD DE AREA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

Ibáñez Godoy, Irene; Jiménez Castillo, Inés Mª; Valverde Prados, Ana de Jesús
C.S. Almanjáyar, Granada

Antecedentes: El asma es una patología prevalente en atención primaria, provocando deterioro en la calidad de vida del niño, ausencias escolares, alta frecuentación e importante consumo de fármacos. Se admite que el manejo de estos pacientes requiere controles periódicos para ajustar el tratamiento a los cambios clínicos. Actualmente se tiende a evaluar el grado de control de la enfermedad para ajustar el tratamiento, más que la clasificación inicial de asma.
Objetivo: Pretendemos comprobar si las actividades de educación sanitaria en estos niños y en sus cuidadores consiguen el autocontrol y mejora la calidad de vida en un área de transformación social.
Metodología: Seleccionamos a 20 menores entre 9 y 14 años con diagnóstico de asma, en los que sospechamos que la intervención puede ser beneficiosa.
Se realizan 4 consultas programadas, 3 presenciales y una telefónica. Se realiza clasificación del asma según PAI al principio y al final. Se realiza espirometría en la primera y al final de la intervención. Se pasa cuestionario de calidad de vida antes y después de la intervención a niños y cuidadores mediante el cuestionario Pediatric Asthma Quality of Life Questionari. Información al cuidador y al niño en que consiste el asma, cuestionario de autocontrol y se explican las pautas de ajuste de tratamiento en función del grado de control. Se da información escrita. Se pasa el cuestionario de control de asma can. Se adiestra en el uso de inhaladores. Se facilita el acceso a consulta telefónica para dudas.
Resultados: De los 20 niños, 15 completaron el seguimiento. Ninguno de ellos precisó ingreso por asma, 1 acudió a urgencias por crisis leve, en 11 de ellos disminuyeron el número de visitas a consulta, todos aprendieron el manejo del calendario de los síntomas y 6 hicieron uso de las pautas del plan de autocontrol. En todos el can en la última visita fue menor de 5 y todos mejoraron la calidad de vida.
Conclusiones: Nuestra percepción de la intervención es positiva dado el aprendizaje del uso de los inhaladores, mejora de los conocimientos del asma, disminución del número de crisis y mejora de la calidad de vida.
Aunque la intervención debería ser universal, dada la población con la que trabajamos, pensamos que la selección de los niños debe de seguir siendo dirigida, para optimizar el rendimiento y los recursos disponibles.

URTICARIA AGUDA RECURRENTE Y HELICOBATER PYLORI, UNA ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA.

Jiménez Castillo, Mª Inés; Ibáñez Godoy, Irene
C. S. Almanjayar

Antecedentes: La urticaria se caracteriza por la presencia de lesiones papulares, eritematosas e intensamente pruriginosas, de localización, número y forma variable, que pueden confluir o cambiar de localización en horas. Se trata de una patología muy frecuente, el 15 -24% de la población la presentará en algún momento. Se considera crónica si la duración de los síntomas es igual o superior a 6 semanas, y aguda recurrente si los episodios aparecen como brotes aislados y distanciados en el tiempo.
Objetivos: presentamos el caso de una paciente con urticaria aguda recurrente y su manejo diagnóstico y terapéutico desde Atención Primaria.
Metodología: Niña de 3 años, adecuadamente vacunada y sin antecedentes personales de interés, que consulta por erupción pruriginosa, eritematosa en piel, compatible con reacción urticarial, en tratamiento desde hace 3 días con dexclorfeniramina 0,2 mg /kg/día pautado en el Servicio Urgencias de Pediatría. Durante la anamnesis se constata un primer episodio hace 7 meses (en marzo) y desde hace 5 meses episodios recurrentes, cada 20 días aproximadamente con una duración entre 3 y 7 días; sin identificar posibles desencadenantes. Desde el primer episodio ha consultado dos veces en el Servicio de Urgencias y cuatro en Atención Primaria (dos presenciales, una telefónica y la actual). Se inicia estudio por urticaria recurrente presentando: hemograma y bioquímica normal, fx5 negativo, neumoalergenos con sensibilización al olivo (4,33UIa/mL), niveles de C3 y C4 normales, parásitos en heces negativo y Ag Helicobacter pylori en heces positivo.
Resultados: Ante el resultado positivo a Helicobacter pylori se pauta tratamiento erradicador con triple terapia (amoxicilina, claritromicina y omeprazol) a dosis habituales durante 14 días, confirmándose posteriormente la erradicación del mismo. Desde este momento la paciente no ha presentado nuevos episodios encontrándose asintomática.
Conclusiones:
-El papel del Helicobacter pylori en la patogenia de la urticaria recurrente /crónica no está aclarado, algunos autores no reconocen su papel etiológico directo pero sí su implicación en la exacerbación y severidad de los síntomas.
-Los estudios existentes, la mayoría observacionales y con escasos pacientes, presentan muchas limitaciones. Serían necesarios estudios más potentes, y en población pediátrica para valorar el efecto del tratamiento erradicador sobre la urticaria recidivante /crónica en niños portadores.
-En nuestro caso, la desaparición de la urticaria tras el tratamiento erradicador, apoya que el Helicobacter pylori podría tratarse del agente causal.

INVAGINACIÓN INTESTINAL DE COLOR PÚRPURA.

Jiménez Cobo, Cristina; Jiménez Iniesta, Esther; Mañas Uxó, María Isabel; Fernandez Rosales, Nazareth; Martín González, Manuel; Marañés Gálvez, Carolina.

Almería

INTRODUCCIÓN

La púrpura de Schonlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta sobre todo la piel, el tracto digestivo y el riñón siendo de gran importancia la evolución del caso desde atención primaria ya que, aunque su curso es generalmente autolimitado, puede presentar complicaciones como la invaginación intestinal, estando la morbilidad a corto plazo determinada por la afectación intestinal. La invaginación intestinal suele ser de causa desconocida, aunque en niños mayores de 2 años encontramos un aumento de etiología orgánica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Escolar de 9 años afecto de PSH que ingresa por artralgia de rodilla derecha, cervicalgia y dolor abdominal a las 2 semanas del inicio del cuadro. Se inicia tratamiento con prednisona a 1 mg/kg/día con buena respuesta dándose alta domiciliaria. Reconsulta a las 24 horas por nuevo brote de lesiones purpúricas y dolor abdominal que se intensifica progresivamente acompañado de vómitos biliosos. A la exploración presenta postura en semiflexión con dolor abdominal extenso generalizado sin defensa, abdomen blando y depresible. Debido a la persistencia de la proteinuria se aumentan dosis de corticoides a 2 mg/kg/día que se irán retirando mediante pauta descendente. Ante la clínica se realiza ecografía abdominal informada como invaginación intestinal de difícil caracterización ileocólica o ileoileal. Tras intento de desinvaginación sin éxito mediante hidroenema controlado con ecografía se sospecha origen ileoileal de la invaginación decidiéndose intervención para desinvaginación directa mediante laparotomía. En quirófano se evidencia invaginación ileoileal de 20-25 cm con coloración negruzca intestinal sin signos de isquemia, lo que se atribuye a la vasculitis de origen. Se decide la no resección del segmento afecto al conseguir una recuperación parcial de la coloración y motilidad con gasas calientes. Tres días más tarde el paciente comienza con distensión y dolor abdominal junto con signos clínicos de oclusión intestinal por lo que se reinterviene extirpando 40 cm de ileon terminal obteniendo finalmente una evolución favorable, sin recurrencias, con seguimiento desde la consulta de atención primaria para control de la proteinuria severa residual.

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es una complicación de la PSH reconocida y descrita en la literatura, pero infrecuente. Aunque el dolor abdominal representa el principal motivo para utilizar corticoides, no se ha demostrado de manera concluyente que disminuya la intensidad y duración del dolor abdominal y el riesgo de invaginación intestinal. Es importante descartar este cuadro en todo paciente con PSH que presente dicha clínica.

ESCUCHAR Y EXPLORAR, ES LO ESENCIAL

Esther Jiménez Iniesta; Rafael Galera Martínez; Manuel Martín González; Cristina Bueno Rebollo; Raquel Pulido Esteban; María Belén Maldonado Martín

C.H.TORRECÁRDENAS ALMERÍA

INTRODUCCIÓN. Desde 1978 se lleva a cabo en Andalucía el cribado de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito mediante la prueba del talón. En 2009 se inició el cribado expandido, con el que es posible la detección de hasta 30 enfermedades metabólicas diferentes con la misma muestra. En 2011, se incluyó la Fibrosis Quística.

En nuestras consultas tenemos pacientes que no recibieron un cribado neonatal como el que se realiza ahora, y aun con éste, siempre hay que tener en cuenta que pueden darse formas de enfermedad no detectables. Debemos estar alerta, realizar una historia clínica y exploración física completa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Paciente de 2 años derivada a Consulta de Gastroenterología Infantil por fallo de medro y clínica abdominal en Junio 2012. Se realiza estudio de primer nivel y es diagnosticada de Enfermedad Celiaca según criterios ESPGHAN 2010 sin biopsia intestinal. Tras prueba de provocación y confirmación inicia dieta exenta de gluten de forma definitiva, sin normalización de anticuerpos antitransglutaminasa ni de las deposiciones que continúan siendo espumosas y flotan desde su diagnóstico. Ingresa en Febrero 2015, a la edad de 5 años, por crisis de asma moderada con necesidad de oxigenoterapia suplementaria. En la exploración física se aprecia acropaquias en manos y pies, por lo que se sospecha enfermedad pulmonar crónica. Se realiza Rx tórax: patrón intersticial-granular difusos con imágenes compatibles con bullas, TC tórax: múltiples bronquiectasias centrales y periféricas, bilaterales, de morfología tubular/cilíndrica con engrosamiento parietal y adenopatías mediastínicas paratraqueales, subcarinales e hiliares. Dada la elevada sospecha de FQ se realiza test del sudor con resultado patológico (118mmol/L) y estudio genético confirmatorio (Mutación F508del en estado homocigoto). Se detecta en esputo y aspirado nasofaríngeo la presencia de MARSA, por lo que se procede a protocolo de descontaminación y estudio de familiares. Recibe tratamiento con azitromicina, vancomicina aerosolizada y salbutamol, además de antibioterapia iv durante 15 días con amikacina y ceftazidima y se inicia fisioterapia respiratoria. Dado los datos clínicos y analíticos (vitaminas liposolubles disminuidas, quimiotripsina fecal alterada) comienza con tratamiento sustitutivo de vitaminas liposolubles y de enzimas pancreáticas. Actualmente se encuentro asintomática.

DISCUSIÓN. Es necesario una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa. Nuestro paciente está sentado frente a nosotros y/o tumbado en nuestra camilla, no se encuentra sólo en el ordenador. Sus pruebas complementarias nos ayudan pero no son su espejo. En el caso descrito fue la exploración física la que orientó al segundo diagnóstico.

ERITEMA NODOSO, ¿QUÉ PENSAR?. A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Jiménez Iniesta; Rafael Galera Martínez; Silvia Fernández Peregrina; Miguel Sánchez Forte; Ana Isabel Armenteros López; Manuel Martín González

C.H.TORRECÁRDENAS ALMERÍA

INTRODUCCIÓN. El eritema nodoso es una paniculitis secundaria a una reacción inmunológica frente a estímulos antigénicos, caracterizado por lesiones nodulares infiltrativas en piel y tejido celular subcutáneo. En pediatría es más frecuente a partir de los dos años y afecta por igual a ambos sexos. La causa más frecuente, en nuestro medio y en la edad pediátrica, son las infecciones respiratorias de vías altas por estreptococo β-hemolítico del grupo A.
DESCRIPCIÓN DEL CASO. Escolar de 6 años que consulta por deposiciones diarreicas, lesiones nodulares violáceas pretibiales y artralgia de tobillo izquierdo. No antecedentes personales de interés. A la exploración presenta fisura anal en rafe anterior, un afta en mucosa oral, encías congestivas y nódulos subcutáneos de 3 cm de diámetro a nivel de cara anterior de ambos miembros inferiores, de coloración violácea, con dolor a la palpación. Pruebas complementarias: 1.Despistaje infeccioso: Exudado faríngeo negativo. Urocultivo, coprocultivo y parásitos en heces negativos. Toxina A y B y Ag de C.difficile positivo. Quantiferon negativo. Serología CMV,VEB,VVZ,Brucella,Toxoplasma,VHB,Micoplasma negativo. Serología Bartonella,Chlamydia,Chlamydophila,Francisella: pendiente. 2.Estudio de inmunodeficiencias: Inmunoglobulinas, c3 y c4 normales. 3.Estudio de celiaquía: negativo. 4.Despistaje enfermedad inflamatoria intestinal: IgG anti Saccharomyces cerevisiae positivo (IgG 3.67, IgA >5). p-ANCA negativo. Calprotectina: 2060mcg/g. Tiopurina S-metiltransferasa 13.9 U/ml. Pruebas de imagen: Ecografía abdominal: signos de ileítis terminal y adenitis. Endoscopia digestiva alta: normal. Endoscopia digestiva baja: en ileón y ciego mucosa eritematosa, deslustrada, con borramiento de patrón vascular y múltiples úlceras poligonales recubiertas de fibrina. En ciego úlcera profunda con restos de fibrina en bordes, de 1,5cm de diámetro. Anatomía patológica: cambios histológicos compatibles con enfermedades inflamatoria intestinal crónica idiopática en una fase evolutiva inicial. Fondo de ojo normal. Evolución: Tras objetivar Toxina A y B y Ag de C. difficile positivo se pauta Metronidazol con mejoría clínica. Según criterios de Oporto, en la endoscopia digestiva baja, es compatible con EII tipo Crohn, por lo que se inicia nutrición enteral exclusiva con fórmula polimérica isocalórica con mejoría clínica y analítica tras 5 días. En revisión posthospitalización a la semana del alta domiciliaria presenta una evolución favorable.
DISCUSIÓN. En el paciente pediátrico con EII las manifestaciones extraintestinales se presentan hasta en un 8% de los casos al diagnóstico. El eritema nodoso es la manifestación cutánea más frecuente, más habitual en la enfermedad de Crohn (su prevalencia estimada en niños es 56%), y aparece habitualmente en fases de actividad. Es frecuente en el debut de la enfermedad.

¿Cada hemisferio cerebral controla la mitad opuesta del cuerpo?

Jiménez Iniesta, Esther. Rodríguez Lucenilla, María Isabel. Ramos Lizana, Julio. Aguirre Rodríguez, Francisco Javier. Fernández Peregrina, Silvia. Maldonado Martín, María Belén.
C.H.TORRECÁRDENAS ALMERÍA

Introducción: La hemiparesia en la infancia suele ser consecuencia de un accidente isquémico/hemorrágico. Sin embargo estos episodios pueden pasar desapercibidos sobre todo cuando ocurren en el periodo perinatal, lo que dificulta su diagnóstico posterior. En estos casos es de gran ayuda la realización de RM cerebral donde se visualicen las secuelas de dicho infarto en el hemisferio contralateral a la hemiparesia, pero esto no siempre es así.

Descripción del caso: Escolar de 5 años derivado a consulta de Neurología Infantil por trastorno de la marcha (pie derecho). AF: abuelo paterno tres ictus cerebrales. AP: sin interés. Desde que comenzó a andar presenta aumento de la base de sustentación y abducción de pie derecho que mejora con rehabilitación. A la exploración se aprecia una hemiparesia derecha. Se solicita RM cerebral donde se evidencia un área en lóbulo frontal derecho suprasilviana muy sugestiva de secuela de un infarto cerebral. Estudio de coagulación normal.

Conclusión: La causa de una hemiparesia ipsilateral después de un accidente cerebrovascular puede ser debida a una proyección ipsilateral de la corteza motora primaria, tractos piramidales sin cruzamiento congénito, lesiones que afectan el área motora secundaria en la corteza insular precentral que inerva bilateralmente la cara y las extremidades o reorganización cortical dentro de las áreas motoras del hemisferio no afectado.

Su diagnóstico se puede llevar a cabo mediante RM funcional o tractografía. Además, hay que considerar el estudio, en estos pacientes, de infartos previos, anomalías congénitas subyacentes o reorganización funcional de la corteza cerebral. Por desgracia en esta paciente, no se pudo realizar este estudio debido a la negativa de los padres que decidieron no someterla a una nueva RM, sobre todo por la necesidad de sedación.

La hemiparesia ipsilateral después de un accidente cerebrovascular isquémico/hemorrágico es un hallazgo raro. En la literatura sólo hemos encontrado diez casos descritos (ocho por accidente cerebrovascular isquémico y dos hemorrágico) en pacientes con edades comprendidas entre los 35 y 67 años, ninguno en edad pediátrica.

SITUS AMBIGUOUS CON POLIESPLENIA ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Jiménez Jurado B.[1]; Sánchez Sánchez I.M.[2]; del Campo Muñoz T.[1]; Expósito Montes J.F.[1]; Gómez Garrido I.[1]; Beas Martínez R.[2]

[1] UGC de Pediatría, Complejo Hospitalario de Jaén. [2] UGC de Mengíbar, Distrito Sanitario de Jaén - Jaén Sur.

Introducción

El situs ambiguous (SAMB) ó síndrome de heterotaxia es un raro trastorno genético de herencia multifactorial definido como malposición visceral y de vasos con dismorfismo asociado. La heterotaxia implica alteraciones en la movilidad ciliar dificultando la migración de los órganos embrionarios. Existen dos grupos: isomerismo izquierdo con poliesplenia ó derecho con asplenia. El izquierdo tiene una incidencia de 1/20.400 nacidos vivos asociando cardiopatías congénitas en el 50-100% de los casos, de éstos sólo el 5-10 % llegan a la edad adulta. Es el grupo de más difícil diagnóstico, ya que el SAMB no siempre se presenta con igual grupo de anormalidades sino que engloba un espectro de variantes presentes ó no, con distintos grados de afectación y ninguno de ellos es patognomónico.

Descripción del caso

Niño de 4 años seguido en Atención Primaria con diagnóstico prenatal de SAMB con poliesplenia. Primera gestación de madre sana de 29 años con amenaza de aborto a las 12 semanas y cólico nefrítico durante la gestación. Diagnóstico ecográfico prenatal de malformación fetal. Cesárea urgente a las 40 semanas por sospecha de pérdida de bienestar fetal con Apgar 9/9 al nacimiento. Peso 3130 g, talla 50 cm, PC 35 cm. Exploración física normal salvo soplo protosistólico I/VI en mesocardio. Ingresa en Neonatología para estudio malformativo fetal y despistaje de anomalías asociadas. Se realiza ecografía abdominal con hígado medializado e hilio hepático en línea media, estómago en lado derecho adyacente al lóbulo hepático derecho y múltiples bazos de tamaño variable, el mayor de 4 cm, caudales al hígado y laterales al fundus gástrico con páncreas de morfología alterada, apreciándose sólo cabeza y cuerpo. En ecocardiografía: corazón anatómica y funcionalmente normal con anomalía en drenaje venoso sistémico inferior por ausencia de vena cava inferior y drenaje por vena ácigos con venas suprahepáticas que drenan directamente en aurícula derecha junto a ductus arterioso mínimo con cierre posterior. Durante su ingreso, permanece asintomático siendo dado de alta a los 6 días tras completar estudio. Actualmente, realiza vida normal con revisiones periódicas en Cardiología Infantil y Atención Primaria al igual que cualquier niño sano habiendo padecido patologías propias de la infancia sin complicaciones.

Discusión

Dado que es un síndrome malformativo raro con morbilidad asociada, precisa pruebas complementarias para despistaje de anomalías asociadas, sin embargo, no altera la calidad de vida ni precisa un seguimiento distinto a otros niños de igual edad, salvo el que recibe de forma complementaria por parte de los subespecialistas hospitalarios.

COLABORACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA CON UN BANCO DE LECHE HUMANA

Jiménez Jurado B.[1]; Martínez Colmenero C.[1]; Castillejo Nieto C.[1]; Poyatos Poyatos L.[2]; Cruz Calderón R.[1]; Almagro Tello A.[1]

[1] UGC de Pediatría, Complejo Hospitalario de Jaén. [2] Centro de Salud Úbeda Este. Distrito Sanitario de Jaén - Jaén Nordeste

Antecedentes:
La leche materna donada es la mejor alternativa cuando no es posible el uso de leche de la propia madre, destinándose actualmente a recién nacidos prematuros o de alto riesgo. Existen varios bancos de leche en España, además de centros periféricos hospitalarios que colaboran con éstos facilitando el reclutamiento de donantes, así como la recogida y envío de leche. Uno de los motivos que dificulta la donación es la entrega de leche por parte de las madres que viven lejos del hospital, sobre todo en provincias grandes. Estableciendo puntos de recogida en Atención Primaria (AP) se facilitaría el proceso, repercutiendo así en un mayor número de donaciones.
Objetivos:
Nuestro objetivo es contar nuestra experiencia como centro periférico de un banco de leche colaborando con un centro de AP, describiendo la infraestructura necesaria así como las características de las donantes.
Metodología:
Estudio descriptivo desde Noviembre/2014 hasta Febrero/2018, analizando las siguientes variables: edad, gestaciones previas, prematuridad, momento de inicio de la donación y cómo conocen el banco.
Resultados:
El equipo hospitalario lo forman un pediatra que selecciona y entrevista a las donantes y una enfermera que coordina la recogida y envíos al banco de leche. En AP el responsable es un matrón que capta donantes, recoge y conserva la leche hasta que ésta llega al hospital. Todo esto está apoyado por el grupo de lactancia materna de la zona. Se necesita un congelador, nevera de transporte, termómetro digital y nieve carbónica para los envíos. Se entrega a las donantes sacaleches, neveras de transporte y biberones.
Ha habido 12 donantes (de 61 totales). Viven a una distancia media del hospital de 66,5 km. Media de edad: 31,25 años. El 75% son primigestas. Son madres de recién nacidos prematuros 8,3 %. El 41% conoce el banco por grupos de lactancia materna, 25% por el Centro de Salud, 25 % por Internet, 8,3% otros medios. El período transcurrido desde el parto hasta la donación fue: 8,3% < 1 mes, 25% 1-2 meses, 25% 3-5 meses y 41 % 6-12 meses.
Conclusiones:
El perfil predominante desde AP es el de madres primigestas que conocen el banco por el Centro de Salud o el grupo de lactancia materna que impulsó el proyecto. Nuestro objetivo es seguir apoyando este punto de donación y dar difusión de nuestro proyecto en AP a pediatras y matrones para así poder crear más puntos de recogida.

GASTROENTERITIS AGUDA EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA APLICACIÓN DE SCORES CLÍNICOS DENSIDAD URINARIA

Jiménez Montilla, Sara; Fernández Fernández, José Manuel (1); Jordano Moreno, Belén; Contreras Chova, Francisco; Blanca Jover, Enrique

Hospital Universitario Nuevo Clínico, Granada; (1) Centro de Salud Albayda-La Cruz, Granada

Introducción: La gastroenteritis aguda (GEA) constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en las consultas de pediatría de Atención Primaria y en urgencias pediátricas y que a su vez generan ansiedad en los padres por el riesgo de deshidratación. El objetivo de este estudio es analizar los datos epidemiológicos de los pacientes atendidos, analizar la utilidad de los scores clínicos más frecuentemente utilizados para la valoración del grado de deshidratación y de la densidad de orina como herramientas estimativas para la detección de deshidrataciones moderadas-graves.

Metodología y Resultados: Se recogen un total de 54 pacientes atendidos en el servicio de urgencias diagnosticados de GEA. Se analizan datos demográficos como sexo y edad. Se calculan scores clínicos de deshidratación de Gorelick y de Academia Americana de Pediatría (AAP), se recoge densidad en orina mediante tira reactiva (punto de corte para la determinación de densidad posiblemente relacionada con la presencia de deshidratación: 1030) así como la administración de ondansetrón. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS v21. Existe un discreto predominio del sexo femenino (52%) y la edad media de los pacientes es de 5,5 años (DE ± 3,5). Del total de pacientes atendidos, se administró ondansetrón a un 52% y precisaron ingreso tan solo un 3,7%. Se comparan ambos scores de deshidratación, objetivándose un mayor número de deshidrataciones moderadas si se aplica el score de AAP (39%) frente al de Gorelick (20%). En cuanto a la edad, se compara el grado de deshidratación entre los pacientes menores de 2 años frente a los mayores, sin que existan diferencias estadísticamente significativas. Respecto a la determinación de la densidad de la orina no encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al grado de deshidratación.

Conclusiones: La tasa de ingresos por GEA se ha reducido en gran medida al uso de ondansetrón. La aplicación de distintos scores clínicos puede dar lugar a sobre/infraestimaciones del grado de deshidratación. Una densidad urinaria >1030 no se correlaciona en nuestro estudio con una mayor frecuencia de deshidrataciones moderadas o graves.

INTOXICACIÓN POR ACEITE DEL ÁRBOL DEL TÉ; A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez Montilla, Sara; Fernández Fernández, José Manuel (1); Contreras Chova, Francisco; Ortega Morales, Ana María

Hospital Universitario Nuevo Clínico, Granada; (1) Centro de Salud Albayda-La Cruz, Granada

Introducción: El aceite del árbol del té es una sustancia que se obtiene mediante la destilación de hojas del árbol australiano Malaleuca alternifolia. Su uso tópico es cada vez más común como agente antimicrobiano y antifúngico natural (acné, pie de atleta, onicomicosis, picaduras, pediculosis, etc) de uso tanto humano como para animales.

La intoxicación por aceite del árbol del té (poco descrita hasta la fecha en la literatura actual) puede causar vómitos, hipersalivación, neumonitis química por aspiración y afectación del sistema nervioso (hipotonía, disminución del nivel de consciencia, somnolencia, ataxia, incoordinación y/o convulsiones). Su uso tópico se relaciona con reacciones alérgicas cutáneas y efectos estrogénicos y antiandrógenos.

Se presenta un caso de intoxicación tras ingestión accidental de aceite del árbol del té en un preescolar de 18 meses.

Caso clínico: preescolar de 18 meses, vacunada correctamente y sin antecedentes de interés. Acude trasladada en ambulancia a nuestro Servicio de Urgencias por ataxia, incoordinación y somnolencia tras la ingesta de aceite de árbol del té, presente en domicilio como antifúngico para gatos. A su llegada a urgencias se constata mediano estado general, con disminución del nivel de consciencia (Escala de Glasgow 11/15), lenguaje incoherente, marcha atáxica, hipotonía con tendencia al sueño y escasa respuesta a estímulos dolorosos.

Se contactó con Servicio Nacional de Toxicología que confirma riesgo de síntomas gastrointestinales y neurológicos, indicándose administración de ondansetron y omeprazol intravenosos y vigilancia estrecha de la evolución de la depresión del sistema nervioso central y respiratorio.

Permaneció en UCIP durante 48 horas para monitorización, recuperándose completamente a las 8 horas sin incidencias.

Discusión: dado que cada vez es más frecuente la presencia de esa sustancia en domicilios, es importante conocer la potencial toxicidad de este producto, debiendo permanecer fuera del alcance de los niños. La ingesta de aceite del árbol del té no tiene un antídoto específico y puede causar alteraciones graves del sistema nervioso central, disminución del nivel de consciencia, pudiendo llegar al coma. Es importante el conocimiento por parte del personal sanitario de los potenciales riesgos derivados tanto de su ingesta accidental como de su uso tópico, dada la percepción de “inocuidad”, consecuencia de su uso, cada vez más extendido.

OBESIDAD Y FACTORES AMBIENTALES: EL ENTORNO OBESOGÉNICO

(1) Jiménez Montilla, Sara; (2) Fernández Fernández, José Manuel; (3) Contreras Chova, Francisco; (4) Molina Oya, Manuel; (5) Serrano Rodríguez, Pedro

(1) Hospital Universitario Nuevo Clínico, Granada; (2) Centro de Salud Albayda-La Cruz, Granada; (3) Centro de Salud Casería de Montijo, Granada; (4) Centro de Salud de Iznalloz, Granada; (5) Centro de Salud de Pinos Puente, Granada

Introducción y Objetivos: La obesidad infantil presenta una tendencia ascendente en todos los países, lo que puede anular muchas de las mejoras sanitarias que han contribuido al actual aumento de la esperanza de vida. Dado que no es posible frenar esta tendencia con acciones aisladas, es necesario conocer los distintos factores ambientales que se engloban en el denominado "entorno obesogénico", susceptibles de implantación de mejoras en los estilos de vida de la población infantil.
El presente estudio plantea como objetivos conocer qué aspectos sociales, económicos y del entorno demográfico pueden incidir en la prevalencia de la obesidad infantil, a la hora de implementar medidas concretas sobres grupos de población específicos.
Métodos: 81 niños y niñas de 7 y 8 años, pertenecientes a 4 centros de salud, rurales y urbanos, con áreas bien delimitadas consideradas Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS). De todos se recogen peso, talla, IMC, así como área de procedencia. El análisis estadístico objeto del presente estudio pretende averiguar si existen diferencias en la prevalencia de sobrepeso/obesidad en la población muestral en función de la procedencia (ZNTS versus áreas sin riesgo de exclusión; áreas
rurales versus urbanas), mediante la determinación de la prueba de la Chi2.
Resultados:
Procedencia de riesgo: La prevalencia de sobrepeso u obesidad en la población muestral no ofrece diferencias significativas entre niños/niñas procedentes de ZNTS y zonas sin riesgo de exclusión.
Medio rural/urbano: Existen diferencias estadísticamente significativas, con una mayor prevalencia de obesidad infantil en áreas urbanas frente a las áreas de ámbito rural.
Conclusiones: El riesgo de exceso de peso en función de factores socioeconómicos puede verse reducido con la implementación actual de programas específicos de actuación en zonas de riesgo de exclusión social. La población infantil en áreas rurales puede no ser objeto de mayor riesgo de prevalencia de sobrepeso-obesidad, siendo necesarios más estudios que relacionen los factores de riesgo/protección diferenciados en dichos entornos.

OBESIDAD Y FACTORES AMBIENTALES: INFLUENCIA DEL ENTORNO ESCOLAR Y FAMILIAR

(1) Jiménez Montilla, Sara; (2) Fernández Fernández, José Manuel; (3) Contreras Chova, Francisco; (4) Serrano Rodríguez, Pedro; (5) Molina Oya, Manuel

(1) Hospital Universitario Nuevo Clínico, Granada; (2) Centro de Salud Albayda-La Cruz, Granada; (3) Centro de Salud Casería de Montijo, Granada; (4) Centro de Salud de Pinos Puente, Granada ; (5) Centro de Salud de Iznalloz, Granada

Introducción y Objetivos: Es conocido que la situación actual de epidemia en ascenso de obesidad infantil no puede ser frenada, en las circunstancias presentes, por ninguna intervención aislada. Los organismos sanitarios públicos inciden en la necesidad de examinar y conocer el contexto ambiental de nuestra población infantil. En este sentido, el objetivo del presente estudio es detectar si la presencia de factores familiares y escolares pueden incidir o no como factor de riesgo, o por el contrario como factor protector, en el desarrollo de obesidad infantil.
Métodos: 81 niños y niñas de 7 y 8 años, pertenecientes a 4 centros de salud. De todos se recogen peso, talla, IMC, así como IMC paterno y materno y asistencia a comedor escolar. El análisis estadístico objeto del presente estudio pretende averiguar si existen diferencias en la prevalencia de sobrepeso/obesidad en la población muestral en función de los factores anteriormente citados, mediante la determinación de la prueba de la Chi2.
Resultados:
IMC paterno/materno: Con respecto al IMC paterno la prevalencia de sobrepeso/obesidad en la población muestral no difiere en función de este aspecto. Sí existe una mayor tendencia al sobrepeso/obesidad infantil en niños con madres con sobrepeso u obesidad, pero sin diferencias significativas en el análisis estadístico realizado.
Comedor escolar: Menor prevalencia de obesidad en la población muestral que acude a comedor escolar, frente a aquellos que efectúan el almuerzo en el ámbito domiciliario, con diferencias estadísticamente significativas.
Conclusiones: La adecuación nutricional de los menús en los comedores escolares, frente a hábitos alimentarios en las familias más erráticos o basados en las preferencias de los escolares, es un factor destacable a tener en cuenta, y supone un aspecto previsiblemente positivo a la hora del abordaje preventivo/terapéutico de la obesidad infantil.

Su hijo tiene PFAPA ¿y ahora qué?

Jiménez Montilla Sara; Garach Gómez Ana; Navas Matos Ángel David; Teruel Gómez Cristina; Garcia Lara Gracia M;

Centro Salud Cartuja, Granada

Antecedentes: el síndrome PFAPA (acrónimo de fiebre periódica con estomatitis aftosa, faringitis y adenitis) es el más frecuente dentro de los síndromes de fiebres periódicas, englobados en el grupo de enfermedades autoinflamatorias. De causa desconocida, se caracteriza por episodios de fiebre alta que aparece de forma regular acompañada de aftas orales, adenopatías cervicales o faringoamigdalitis.

Objetivos de nuestro estudio son indagar qué grado de conocimiento tienen los padres de los niños diagnosticados de PFAPA sobre este síndrome, ver el grado de satisfacción que tienen acerca del nuevo tratamiento administrado con corticoides y el efecto que ejercen estos sobre el control del proceso febril. Así como averiguar si hacen buen uso de la medicación.

Metodología: se realiza encuesta telefónica a madres/padres de niños diagnosticados de PFAPA según los criterios de Thomas en consulta de pediatría de atención primaria de un centro de salud urbano.

Resultados: se entrevistaron a padres de 10 niños con síndrome PFAPA. De ellos, solo dos reconocieron saber el origen autoinflamatorio de la enfermedad, atribuyendo los episodios febriles a procesos infecciosos en el 80% de los casos. Todos los niños incluidos en el estudio fueron tratados con al menos una dosis de corticoides orales a 1 mg/kg/día. En 8 casos los padres estaban satisfechos con la utilización de corticoides orales respecto al tratamiento con antibiótico, ya que percibían disminución significativa de la duración del cuadro febril y mejoría de la calidad de vida de sus hijos. En 3 de los pacientes los padres habían llegado a utilizar en alguna ocasión los corticoides orales sin necesidad de consultar a ningún profesional médico cuando el cuadro clínico presentaba la sintomatología propia del PFAPA.

Conclusiones: En consulta de atención primaria es esencial establecer una correcta comunicación con los padres, una de las dificultades de este síndrome es hacerles entender que no se trata de un proceso infeccioso. Para una buena práctica clínica, es importante valorar la percepción de los padres respecto a la enfermedad de sus hijos. Debemos establecer un clima adecuado en el que les podamos explicar la causa de las enfermedades que presentan sus hijos/as y el tratamiento que precisa, para que se lleve a cabo de forma satisfactoria.

Utilidad de los cultivos de leche humana para el diagnóstico y tratamiento de las mastitis en la lactancia

Lopez Reyes Marisa; Navarro Quesada Fco Javier; Tejero Garcia Rocio (1); Montes Montes Mª Rosario; Hidalgo Morillo Manuela; Becerra Fernandez Antonia

CORDOBA

Introducción: Una de las principales causas solucionables del abandono precoz de la lactancia es la mastitis. El diagnostico y manejo de las mismas por el pediatra de atención primaria, es una cuestion poco conocido y un tema muy controvertido. El uso de cultivos de leche humana podrían aportar una información valiosa para diagnosticar aquellos casos en que las mastitis sean debidas a disbiosis mamaria. Objetivo: Identificar los casos de mastitis lactacionales a partir de los resultados microbiológicos obtenidos del cultivo de leche materna en el Area Sanitaria de Córdoba.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los cultivos de leche materna. Se procesaron según el procedimiento del laboratorio. Se consideró cultivo significativo un recuento >1.000 UFC/ml. La identificación y sensibilidad antimicrobiana se realizó con paneles del sistema MicroScan Walkaway, otros microorganismos con Maldi-tof y sensibilidad mediante técnica de difusión con discos.

Resultados: Se analiza la leche materna de 56 pacientes: 48(85,7%) muestras positivas y negativas 8(14,3%). La distribución de los microorganismos en la tabla. Recuento: moda 1.000 UFC/ml (rango1.000 a 1.000.000 UFC/ml). La infección fue monomicrobiana en 28(50%). La afectación unilateral fue monomicrobiana en 19(34%) casos: S. epidermidis 12(21%), seguido de S. aureus 5(9%). La afectación bilateral fue polimicrobiana en 14(25%): más frecuente S. epidermidis+S. viridans 8(14,2%) y S. viridans el más frecuente en muestras polimicrobianas. Epidemiología: La edad media de 33,7±4,9 años (rango 22 a 41 años). El tiempo medio de lactancia 19,3±24 semanas (rango 2 a 96 semanas). Tipo de mastitis más frecuentes: 35 casos subagudas, 7 agudas, 3 subclínicas. Síntomas principales: mastalgia (68%), inflamación (11%), fiebre e hipoagalactia 3(5,4%) respectivamente.

Conclusiones: El perfil tipo de mastitis lactacional en este área sanitaria, es una paciente de 34 años, que consulta por mastalgia unilateral, de media de 5 meses de lactancia, de curso subagudo con cultivo monomicrobiano de S. epidermidis meticilín sensible con recuento de > de 1.000 UFC/ml.

Trastorno del espectro autista. Concordancia diagnóstica Pediatra - UAIT

Lora A.; Brotons C.; Del Castillo G.; Moya S.; Ruiz J.
Unidad de atención infantil temprana. Málaga

INTRODUCCION:
El Trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza, según el DSM5 por: 1) Déficits persistentes en la comunicación e interacción social y 2) Conductas, movimientos, intereses y actividades restringidas o repetitivas; que no se explican mejor por otro proceso y se inician en edades tempranas.
Ha incrementado su prevalencia o su visibilidad en las últimas décadas de forma preocupante, 1.46%, afectando al varón 4:1 mujer.
El TEA puede ser comórbido con otros trastornos médicos y psiquiátricos, dificultando su diagnóstico, que sigue siendo clínico, apoyado en pruebas estandarizadas como el ADOS-2, ADI-R.
OBJETIVOS:
Estudiar la concordancia entre los diagnósticos de TEA realizados por los pediatras de atención primaria (PAP) y las unidades de atención infantil temprana (UAIT).
METODOLOGÍA:
Estudio descriptivo retrospectivo de historias clínicas de menores derivados a UAIT de Málaga de febrero a diciembre 2017.
RESULTADOS:
93 PAP han derivado 1498 menores, de ellos 184 (12%) con diagnostico TEA, media 1.9 niños/pediatra, rango 1-16. 134 varones (72.8%), 50 mujeres (27.2%). Edad de derivación <3 a. 116 (63%), > 3 a. 68 (37%)
De los 184 menores, 102 (55%) mantienen el diagnostico TEA en la UAIT; 48 (26%) cambian el diagnóstico a otros trastornos; 34 (18%) fueron dados de alta.
De los 93 PAP: en 47 (50%) sus derivaciones concuerdan en 100% de casos, 24 (26%) tienen un grado de concordancia variable entre 12-75% y 22 (23%) no concuerdan.
La concordancia en el diagnóstico PAP-UAIT según edad del menor es: en <1año 0%, <2 a. 50%, 2-3 a. 70%, 4 a. 53%, >4 a. 31%.
CONCLUSIONES:
Existe un % importante de PAP cuyas derivaciones son ajustadas en número, edad y concordancia diagnóstica.
La aplicación de los criterios DSM5 y el mayor uso de herramientas de screening aumentaría la concordancia diagnóstica.

EXPERIENCIA DE ACTIVIDADES GRUPALES Y PARENTALIDAD POSITIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA · TALLER "BEBÉ A BORDO Y ALGO MÁS"

Luzón Avivar, Alba; Jiménez Iniesta, Esther; Huber, Evelyn; López Reche, Rosa; Jiménez Cobo, Cristina; Gavilán Santos, Lucía Blanca

ALMERIA

INTRODUCCIÓN

La música ayuda a los bebés a mejorar su desarrollo emocional, mental, físico y social, siendo un elemento fundamental para potenciar sus habilidades cognitivas, afectivas, comunicativas y motoras. Las melodías tonales y modales, junto a los ritmos (binarios ternarios y polirritmia), enriquecen el ámbito de estímulos sonoros habituales en la vida del bebé. Los padres y madres desarrollan, además, un nuevo vínculo de comunicación y expresión musical con sus hij@s fomentando el vínculo, apego y parentalidad positiva.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Desde criterios musicoterapéuticos unidos a teorías pedagógicas de Edwin E. Gordon sobre aprendizaje musical, realizamos talleres con predominio de la voz cantada y la práctica instrumental, por encima de la expresión verbal. Se organiza taller grupal de musicoterapia para niños y niñas 0 a 6 meses y sus familias adscritas a una Unidad de Gestión Clínica con el fin de fortalecer el vínculo del apego y la parentalidad positiva. Se realizó una actividad con 12 bebés y sus familiares, de 90 minutos de duración. Además se incorporó información y actividades de promoción de la salud previas a este taller sobre lactancia materna/alimentación, prevención de síndrome muerte súbita del lactante (SMSL), hábitos de higiene y sueño, vitamina D, prevención de accidentes y prevención de tabaquismo pasivo.

RESULTADOS

Con el desarrollo de dicha actividad grupal en nuestro centro hemos conseguido: Dinamización e implicación de familias y profesional sanitarios en el Programa de Salud Infantil (actividades grupales), fomentar el carácter transversal de las actividades grupales, aumentar la participación "proactiva" de las familias, fomentar la realización de actividades grupales en el contexto de las familias, el vínculo de apego y parentalidad positiva, además de promocionar el buen trato a los menores.

CONCLUSIONES:

La Atención Primaria es el primer nivel de acceso al sistema sanitario y tiene un papel fundamental en la coordinación, la continuidad de cuidados y la realización de actividades de prevención y promoción de la salud. Estas actividades tienen especial relevancia en los más pequeños. Los profesionales deben transmitir a las familias las necesidades infantiles de atención, respeto, educación, normatividad y afecto.

Desde tiempos inmemoriales, la música se ha utilizado no sólo como mecanismo para divertirse sino también para liberar energía, desarrollar la creatividad y crear sensación de bienestar.

UN SUPERNIÑO CON MICROCEFALIA

Luzón Avivar, Alba; Bueno Rebollo, Cristina; Huber, Evelyn; Ortíz Pérez, María; Pulido Esteban, Raquel; Jiménez Iniesta, Esther.

ALMERIA

INTRODUCCIÓN.

Las anomalías de los cromosomas sexuales son frecuentes y causan síndromes que se asocian con una serie de alteraciones congénitas y del desarrollo. Generalmente implican a varios especialistas. Por ello, el papel del seguimiento en atención primaria es fundamental, a la hora de unificar todos los hallazgos y poder facilitar tanto al niño como a la familia, una atención más inegral. Presentamos un caso de Síndrome 47 XYY o síndrome del súper hombre con un fenotipo poco frecuente.

CASO CLÍNICO.

Varón, 4 meses de edad, exprematuro de 36+5 SG, CIR simétrico. Diagnóstico prenatal de microcefalia con PC en el percentil 2 desde la 10ª SG. Antropometría al nacimiento: peso 2060 gr (p4, -1.79DE), longitud 41cm (p<1, - 3.81 DE), PC 28 cm (p<1, 3.18DE). En la exploración física, además de la microcefalia destaca un hipospadias, con ecografía renal y abdominal normales. No riesgo infeccioso al nacimiento. Serología TORCH negativa. En el hospital de referencia se amplia estudio de la microcefalia con Ecografía transfontanelar normal para la edad y RM postnatal que muestra simplificación del patrón de circunvoluciones y grosor de la corteza cerebral normal con ligera dilatación de astas posteriores de ventrículos laterales, similar a un encéfalo de prematuro. Seguimiento en atención temprana. A los 4 meses de edad, en las revisiones del Programa de Salud Infantil presenta una exploración neurológica dentro de la normalidad con sonrisa social presente y adecuado sostén cefálico. Se obtiene resultado de estudio genético: Cariotipo 47 XYY.

DISCUSIÓN.

El Síndrome XYY es una aneuploidia cromosómica ocasionada por una no disyunción meiótica en los cromosomas sexuales masculinos. Fenotípicamente da lugar a un varón normal, de talla alta y fértil, aunque está relacionado con alteraciones en el desarrollo del lenguaje y del aprendizaje, cocientes intelectuales más bajos y trastornos del espectro autista y generalmente acompañan macrocefalia. Tiene una prevalencia de 1-5 casos por cada 10.000 habitantes.

CONCLUSIÓN.

Es importante ayudar al manejo de este tipo de enfermedades raras, aportando apoyo psíquico y social a las familias además de información que resuelva cualquier tipo de dudas. Nuestro caso, fuera de lo común por presentar microcefalia, genera dudas sobre el espectro fenotípico clásico de ésta enfermedad tanto a los profesionales sanitarios como a las familias.

ERUPCIÓN SÚBITA Y SIMÉTRICA EN PABELLONES AURICULARES DE ADOLESCENTE ASINTOMÁTICO

MARTÍN MASOT, RAFAEL; GARCÍA SOTO, LAURA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL

INTRODUCCIÓN

En su día a día el Pediatra de Atención Primaria (AP) se enfrenta a numerosas lesiones cutáneas, algunas de ellas infrecuentes. Presentamos el caso de una erupción cutánea rara y de curso autolimitado, lo que pone en valor el conocimiento de su caso para evitar tratamientos innecesarios.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 7 años que acude a Urgencias para valoración de erupción de aparición brusca en ambos pabellones auriculares. No presenta fiebre, únicamente prurito en la zona de la lesión. Está en tratamiento con mupirocina tópica desde hace 48 horas, sin mejoría. Presenta buen estado general y la exploración por aparatos es normal. No presenta antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales es seguido en consulta de Neuropediatría por crisis parciales complejas, en tratamiento con levetiracetam desde hace un mes. En la exploración de ambos pabellones destaca la presencia de vesículas y pápulas sobre una base eritematosa (imagen 1) que se acompañan de lesiones por rascado y pequeñas lesiones costrosas. No hay despegamiento de pabellones. La otoscopia es normal, sin afectación de tímpano ni oído externo. No hay otras lesiones locales. El día de la aparición había estado jugando a fútbol por la mañana, con exposición solar varias horas. Los días previos había estado asintomático. Se retiró el tratamiento antibiótico y se pautaron corticoides tópicos y anithistamíinicos orales. La erupción desapareció sin nueva recurrencia.

COMENTARIOS

La erupción primaveral juvenil es una dermatosis infrecuente, de curso autolimitado y con tendencia a la recurrencia, que suele aparecer en el hélix de los pabellones auriculares tras exposición a la luz solar, sobre todo en varones y en primavera. Únicamente requiere tratamiento sintomático del picor, así como tranquilizar a la familia. Se puede pautar tratamiento corticoideo tópico si hay componente inflamatorio, aunque no es necesario para su resolución. A pesar de haber iniciado tratamiento con levetiracetam hace un mes no hemos encontrado relación de dicho fármaco con el aumento de la fotosensibilidad cutánea. A pesar de ser un cuadro raro parece que su prevalencia es mayor de la reportada en la literatura. En la formación del residente de pediatría no se contempla la formación obligatoria en las consultas de dermatología. Creemos que sería necesario tanto una rotación más duradera por los centros de AP como formación específica en dermatología pediátrica, puesto que de ello dependerá que se eviten tratamientos y derivaciones innecesarias, siendo un ejemplo nuestro caso clínico.

ESCLEROSIS MESIAL TEMPORAL, UNA EPILEPSIA POCO CONOCIDA EN LA INFANCIA

Martín Moya, María Rocío; Cabrera Morente, Laura; García García, Magdalena; Illán Rueda, María Isabel

Centro de Salud San Felipe, Jaén

INTRODUCCIÓN

La esclerosis mesial temporal (EMT) es un síndrome epiléptico producido por esclerosis hipocampal pudiendo afectar a otras estructuras temporales mediales. Es el mecanismo más frecuente descrito en epilepsia del lóbulo temporal, siendo en niños una entidad infrecuente. El 90% de los casos obedece a una agresión cerebral precoz (en los primeros 5 años), la más frecuente las crisis febriles (30%). Da lugar a un cuadro clínico típico caracterizado por crisis parciales simples, inicialmente controlado con medicación antiepiléptica, posteriormente crisis parciales complejas y crisis generalizadas, refractarias al tratamiento médico presentando buena respuesta a cirugía. El EEG generalmente muestra descargas de puntas en regiones temporales anteriores o basales y en RMN se evidencia asimetría en el volumen del área amigdalo-hipocampal y un atrio ventricular dilatado. La intervención neuroquirúrgica más utilizada es la amigdalo-hipocampectomía, aunque en ocasiones es preciso ampliar la resección pudiendo asociar secuelas neurológicas postquirúrgicas (60-80%).

CASO CLINICO

Lactante de 12 meses sin antecedentes con desarrollo normal, que consulta en su pediatra por presentar desde hace 2 meses episodios de mirada fija, desconexión del medio, hipertonía de miembros superiores de 30 segundos de duración, afebriles y cada vez más frecuentes. En la familia antecedente en línea paterna de crisis en la infancia.

Valorada por neuropediatria inicia estudio y tratamiento antiepiléptico con valproico, que no es efectivo precisando asociación de otros anticonvulsivantes por mal control de las crisis. Se realiza EEG y videoEEG apreciándose datos de epilepsia del lóbulo temporal izquierdo. La RMN muestra hiperintensidad en lóbulo temporal izquierdo con leve atrofia del hipocampo sugerente de esclerosis mesial temporal. Valorada por neurocirugía decide realizar cirugía de la epilepsia con 2 años practicando lobectomía temporal 3,5 cm y resección de amígdala con uncus, cabeza de hipocampo y giro parahipocampal de aspecto patológico. En histología de la pieza quirúrgica se detecta displasia cortical tipo 1a con laminación radial anormal.

Se ha conseguido control de las crisis, a la espera de retirar tratamiento antiepiléptico completo por apreciar en RMN control, persistencia de displasia hipocampal. Actualmente en seguimiento por su pediatra al presentar trastorno específico del lenguaje y la comunicación.

CONCLUSIONES

- Es importante conocer esta entidad para sospecharla ante crisis epilépticas refractarias a tratamiento médico.
- En nuestro caso la cirugía ha conseguido control de las crisis permitiendo desescalar en el tratamiento antiepiléptico.
- Destacar la relevancia del seguimiento estrecho del desarrollo psicomotor por su pediatra para detectar precozmente secuelas postquirúrgicas a largo plazo.

LUMBOCIATALGIA COMO SÍNTOMA GUÍA DE MENISCO DISCOIDE

Martín Moya, María Rocío; Cabrera Morente, Laura; Illán Rueda, María Isabel; García García, Magdalena; Castillo Codes, María Dolores.

Centro de Salud San Felipe, Jaén

INTRODUCCIÓN

El menisco discoideo es una malformación congénita en la que el menisco adopta forma de pastilla o disco en lugar de tener la forma semilunar habitual. Es la causa de meniscopatía más frecuente debajo de los 10 años de edad, llegando a alcanzar la bilateralidad el 80%. En la mayoría de los casos se afecta el menisco externo. Clínicamente suelen cursar de forma asintomática aunque en los casos sintomáticos pueden generar chasquidos de rodilla, dolor, bloqueo, pérdida de extensión y sensación de fallo articular. El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética nuclear (RMN) y el tratamiento es variable, dependiendo de la edad del paciente, la sintomatología y el nivel de actividad llegando a tratamiento quirúrgico mediante artroscopia, en pacientes mayores a 10 años con clínica limitante.

CASO CLINICO

Varón de 11 años sin antecedentes de interés. Consulta en su pediatra por dolor en pierna, cadera izquierda y región lumbar que le produce impotencia funcional presentando cojera desde hace una semana, sin traumatismo previo. Ante sospecha de epifisiolisis femoral proximal, es derivado a hospital para valoración por traumatología quedando ingresado para estudio. Clínicamente persiste dolor a nivel columna lumbar, cadera y rodilla izquierda con hipoestesia en territorio L5-S1, refiriendo además sentir chasquidos en dicha rodilla, sin bloqueo. En exploración destaca dolor a la palpación en columna lumbar, espina iliaca anteroinferior izquierda, aductores izquierdos, polo inferior de rótula y tuberosidad tibial anterior izquierdas. Rodilla balance articular completo pero con subluxación de menisco externo. Se realizan radiografía lumbosacra sin alteraciones y RMN de columna lumbar y rodilla, apreciando la presencia de menisco izquierdo externo discoideo inestable con rotura. Se completa estudio con analítica con perfil autoinmune, frotis sanguíneo y electromiograma sin hallazgos, siendo descartados procesos reumatológicos, neurológicos y hematológicos. Ante el diagnóstico de menisco discoideo inestable e incapacitante se decide inclusión en lista de espera quirúrgica para ser intervenido.

CONCLUSIONES

- Dado que el menisco discoideo es la meniscopatía más frecuente en menores de 10 años es importante tenerlo presente para llegar a su diagnóstico.
- Destacar la relevancia de la historia clínica y la exploración física que nos oriente a esta patología, pues en ocasiones puede manifestarse con síntomas atípicos como ocurrió en nuestro caso. Por ello es necesario incluirlo dentro del diagnóstico diferencial de lumbociatalgia en nuestra consulta de Atención Primaria.
- El diagnóstico precoz permite corrección quirúrgica eficaz en aquellos casos invalidantes, mejorando la calidad de vida del paciente.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LA COMORBILIDAD.

Martínez Rebollo, Mercedes; Ruiz Garrido, Beatriz; Martín Moya, María Rocío; Murcia García, José

Complejo Hospitalario de Jaén. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más prevalentes en salud mental de la infancia y la adolescencia. Padecer un TDAH aumenta el riesgo de morbimortalidad, problemas de aprendizaje, fracaso escolar, problemas emocionales, trastornos de la conducta, problemas de interacción y comunicación social. Dada la magnitud de este trastorno y la complejidad diagnóstica, es necesaria una evaluación y un abordaje adecuados en los niveles de atención de Salud y Educación.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 12 años que acude a consulta de Atención Primaria junto con sus padres para valoración por dificultad para dirigir y mantener atención. Antecedentes perinatales y desarrollo psicomotor en el primer año de vida normal. Sin tratamiento previo. Se solicita informe al colegio destacando un rendimiento escolar inferior a la media, dificultades para mantener la atención, plantea problemas en el aula, se abstrae y dispersa con facilidad, no sigue las instrucciones de profesores ni termina las tareas, dificultad para hacer amigos. Criterios TDAH en formulario rellenado por los padres: Padre (0/6 hiperactividad, 9/9 déficit atención, 2/3 impulsividad). Madre (1/6 hiperactividad, 9/9 déficit atención, 2/3 impulsividad). En la entrevista clínica no hay datos de comorbilidad asociada de trastorno negativista desafiante, ansiedad ni trastornos de conducta. Se aprecian dificultades en relaciones sociales, presentando en el cuestionario CAST (Childhood Asperger Syndrome Test) una puntuación de 16, por lo que se deriva a Unidad de Salud Mental Infantil para valoración. Nuestro paciente cumple criterios en todos los ambientes (familiar, escolar y social) de trastorno por déficit de atención sin hiperactividad. Precisa abordaje multidisciplinar, con orientaciones psicopedagógicas, organización y simultáneamente se podría beneficiar de tratamiento con metilfenidato.

COMENTARIOS

La detección precoz del TDAH es fundamental ya que un correcto manejo mejora la calidad de vida de estos pacientes y su entorno. Destacar la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial junto con el diagnóstico de comorbilidades, ya que estas pueden dificultar y retrasar el diagnóstico, empeorando el pronóstico.

Es clave para el futuro un consenso entre familias, profesores y profesionales de la salud, sobre los elementos diagnósticos, intervenciones y comunicación, que aseguren un cuidado consistente, bien coordinado y coste-efectivo.

El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar. Las decisiones de tratamiento deben individualizarse para atender las necesidades concretas del paciente y familia, concordar los objetivos, desarrollar un plan y evaluar la respuesta.

HIDROCEFALIA EXTERNA BENIGNA IDIOPÁTICA COMO ETIOLOGÍA DE MACROCEFALIA EVOLUTIVA EN PACIENTE CON NEURODESARROLLO ACORDE A SU EDAD.

Melguizo Morales, María del Carmen1; Rodríguez Quesada, Inmaculada1; Comino Martínez, María1; Arroyo Fiestas, Gabriel2; Pérez-Aranda Redondo, Alberto Javier1; Cózar Olmo, Juan Alonso1.

1Hospital San Agustín (Linares, Jaen). 2Centro de Salud Navas de San Juan (Navas de San Juan, Jaen)

Introducción:

La macrocefalia evolutiva se define como perímetro cefálico(PC) >p98 o >2DE en lactantes con valor normal al nacimiento. Puede deberse a aumento del tamaño y peso del cerebro, benigno, o asociado a determinados síndromes, a patología encefálica(LOEs, enfermedades por depósito), aumento del líquido cefalorraquídeo, o asociado a patología ósea.

La hidrocefalia externa benigna idiopática(HEBI) es la causa más frecuente de macrocefalia evolutiva en pediatría. Más prevalente en varones, se postula una base genética influenciada por factores ambientales. Se caracteriza por rápido incremento del PC en el lactante, en ocasiones con abombamiento de huesos frontales y fontanela normotensa, en ausencia de signos de hipertensión intracraneal(HTIC). Puede y suele existir retraso cognitivo motor y verbal, que se normaliza a los 2-3 años en la mayoría. Tiene carácter autolimitado. Macrocefalia en la edad adulta 10-87%, variable según la bibliografía.

La ecografía transfontanelar suele bastar para el diagnóstico y seguimiento, apreciando aumento del espacio subaracnoideo, fundamentalmente a nivel frontal, con ventrículos normales o mínimamente dilatados. No precisa tratamiento, salvo en escasas ocasiones cirugía.

Caso clínico:

Lactante de 4 meses (3 meses edad corregida), 2º gemelar bicorial biamniótico. Antecedentes de prematuridad (35+1 semanas) y CIR. PC al nacimiento: 30cm(p9), talla y peso <p3.

Al 4º mes de vida, aumento de PC hasta 42,5 cm(p91). Al 8º mes, PC 46,5cm (p98). A la exploración presenta dolicocefalia, sin asimetrías ni cordones, fontanela anterior normotensa. Desarrollo psicomotor acorde a su edad cronológica. No síntomas de HTIC. No macrocefalia familiar.

Ecografía transfontanelar: aumento del espacio subaracnoideo, con sistema ventricular normal y buena diferenciación sustancia gris-blanca, compatible con HEBI.

Hermano gemelo asintomático, con PC en límite alto de la normalidad, sin HEBI.

Actualmente en seguimiento, sin otros estudios ni tratamientos, con desarrollo psicomotor normal.

Conclusiones:

-El crecimiento acelerado del PC es un hallazgo frecuente, habitualmente sin consecuencias. El estudio de neuroimagen es obligado, salvo casos de macrocefalia familiar, y debe ser urgente cuando asocie síntomas de HTIC o alteración en el neurodesarrollo.

-En los casos de HEBI es fundamental el seguimiento estrecho de PC y desarrollo psicomotor hasta la edad escolar. Si presenta evolución desfavorable o alteraciones significativas en la ecografía transfontanelar, valorar realizar TAC o RMN, para descartar otras entidades con aumento del espacio extraaxial (atrofias cerebrales, síndrome de Sotos, enfermedades metabólicas, higromas subdurales posthemorrágicos o postinfecciosos, o traumatismos).

-Consideramos relevante el conocimiento de esta entidad para evitar preocupaciones y estudios innecesarios en niños normales que presenten macrocefalia.

DISFONÍA EN EL NIÑO. UN SÍNTOMA COMÚN PUEDE ESCONDER UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE

Miranda Romera, Patricia; Puerta Vilches, Magdalena; García Soto, Laura; Fátima Cortés, Rosario; Horno López, José; Santos Pérez, Juan Luis

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción

La disfonía es un problema frecuente en la infancia, afectando entre el 6 y el 23% de los pacientes. El diagnóstico diferencial varía según la edad.

Caso clínico

Paciente de 6 años que presenta disfonía progresiva desde los 4 años de edad. Antecedente de asma episódico leve. Vive habitualmente en medio rural, con escaso contacto sanitario.

La disfonía es atribuida inicialmente a infecciones respiratorias recurrentes y mal uso de la voz. Ante persistencia del cuadro se consulta con Otorrinolaringología Infantil. Se realiza rinofaringolaringoscopia diagnosticándose de lesión polipoide en cuerda vocal izquierda. Se realiza extirpación de la lesión, con resultado anatómopatológico de acantosis, papilomatosis y displasia leve por virus del papiloma humano (VPH) tipo 6 (bajo riesgo). Presenta recurrencia posterior de la clínica, con episodios ocasionales de disnea nocturna y estridor coincidiendo con procesos infecciosos, realizándose cirugía microablativa e inyección intralesional de cidofovir. En los meses sucesivos presenta nuevamente clínica de disfonía, indicándose tratamiento adyuvante con vacuna tetravalente frente al VPH (2 dosis). Tras objetivar presencia de recidiva de lesiones papilomatosas, se realiza escisión mediante laser, iniciando tratamiento con interferón alfa recombinante, encontrándose asintomático en la actualidad y continuando en seguimiento clínico.

Comentarios

La disfonía es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. En la gran mayoría de los casos se trata de procesos autolimitados de causa infecciosa o física que ceden espontáneamente o con medidas conservadoras. La persistencia o progresión de la disfonía y la aparición de signos de obstrucción de vías altas obliga a la realización de exploraciones complementarias.

La papilomatosis laríngea es la tumoración laríngea más frecuente en niños, principalmente entre los 2 y 4 años. La clinica más frecuente es la disfonía persistente, llanto débil, seguido del estridor inspiratorio o bifásico. El agente causantes es el VPH, principalmente los serotipos 6 y 11, y se ha relacionado con la presencia de condilomas maternos en el periodo perinatal. El tratamiento de elección es la cirugía. Junto a ella se utilizan distintos tratamientos adyuvantes para disminuir la recurrencia, cuya eficacia no está bien establecida. Dentro de ellos, algunos la vacunación terapéutica frente al VPH ha demostrado buenos resultados en algunos trabajos. Es preferible el uso de vacunas que incluyan los genotipos responsables. Por este motivo y por su disponibilidad preferimos el uso de la vacuna 4 valente, que incluye los genotipos 6,11,16 y 18. El tratamiento multidisciplinar y el seguimiento en Atención Primaria son de gran importancia para el manejo de la enfermedad.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES OBESOS REMITIDOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Molina Martínez, Victoria. Alarcon Alvarez, Maria A.
1. Centro Salud Ronda Histórica, D.S. Sevilla. 2. Centro Salud Mercedes Navarro, D.S. Sevilla

Introducción y Objetivos
La obesidad es un problema de Salud Pública; siendo el resultado de la interacción de múltiples factores individuales,familiares,sociales y del entorno económico y cultural. Aunque es habitual el manejo en Atención Primaria; se aconseja derivar a una Unidad Especializada a aquellos pacientes con obesidad mórbida o antecedentes familiares y/o personales de complicaciones asociadas.
Este estudio pretende determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes obesos derivados a una Unidad Especializada hospitalaria desde2008-2016.
Métodos
Estudio descriptivo,analítico,retrospectivo y transversal mediante revisión de historias clínicas.Se recogieron datos demográficos,de composición corporal,antropometría expresada en z-score(media±desviación estándar o mediana o rango),bioimpedanciometría:masa grasa y magra(media±desviación estándar o mediana o rango),perímetro de cintura, como indicador de la distribución abdominal de la grasa,analítica, y datos de ecografía abdominal y tensión arterial.
Resultados
34 pacientes.(50%hombres); edad media12±3.6años.
Autopercepción de imagen favorable en23.5%, neutra 35.3% y desfavorable41.2%.
Antropometría:Z-score del peso:+5.48±2.15. Z-score de talla:1.14(rango 4.63,-2.5). Z-score del IMC:+5.58±2.57. Obesidad mórbida (z-score de IMC>+5DE)en 17 pacientes (50%). Todos los pacientes con medida del perímetro de cintura(n=13)presentaron un índice de cintura/talla>0.47.Bioimpedancia:masa corporal grasa(%masa grasa con respecto a los valores de normalidad para sexo y edad) 430.9±211.8%. Masa corporal magra (%normalidad) 36±79.8%(rango 553.45,94.08)respecto a los valores de normalidad para sexo y edad. Datos analíticos:8pacientes presentaron alteración del metabolismo hidrocarbonado. No se encontró relación entre el grado de obesidad y alteraciones analíticas en nuestra muestra.Datos de ecografía abdominal disponibles en27pacientes,con esteatosis hepática en 33.3%. 2pacientes presentaron HTA.
Conclusiones
. La alta prevalencia de obesidad mórbida en nuestro medio sugiere la necesidad de plantear una mayor comunicación entre Atención Primaria y Especializada;ya que estos pacientes precisan frecuentes visitas,monitorización continua y refuerzos para obtener resultados.
.Más de la mitad de los pacientes no tenían autopercepción desfavorable de su imagen,con tendencia a infravalorar el grado de obesidad. Aspecto que, en nuestra opinión, debería considerarse para el seguimiento físico, psicológico y emocional de estos pacientes en Atención Primaria.
.Aunque la composición corporal se valoró por bioimpedancia en todos los pacientes,la medida del perímetro cintura,muy útil en Atención Primaria, fue deficiente; siendo una medida fácil,rápida y barata que proporciona una alternativa sólida a la antropometría en el diagnóstico pediátrico de la obesidad y el síndrome metabólico.
. El análisis de composición corporal por bioimpedancia permitió conocer que la obesidad en la mayoría de los pacientes correspondió a un aumento tanto de masa grasa como de masa magra,lo que es importante para establecer objetivos terapéuticos.

INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABIS EN PEDIATRIA

Muñoz-Cruzado Rosete, A.; Antúnez Fernández, C.; María Ledesma Albarrán, JM ; Oliva Rodríguez-Pastor; S.

Hospital Materno Infantil de Málaga

ANTECEDENTES

En la edad pediátrica, la intoxicación se produce vía oral, se absorbe un 5-10%, se metaboliza a nivel hepático y los metabolitos son excretados en heces o eliminados por orina, pudiéndose detectar en ésta hasta 7-10 días tras su consumo.

Los síntomas son dosis-dependiente y se manifiestan a los 30-60 minutos tras la ingesta con una duración de horas a días. Dentro de ellos encontramos: náuseas, vómitos, sequedad de boca, sed, palidez, hiperemia conjuntival y midriasis. La intoxicación severa puede presentarse como disminución importante de nivel de conciencia, ataxia o alteraciones del habla.

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con sospecha deintoxicación por cannabis y establecer la actitud terapéutica inicial.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo de los casos acontecidos entre 2015-2017 en las urgencias de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 19 casos, 13/19 varones con una mediana de edad de 14 meses(DE±5,68). La familia aceptó la posible ingesta de cannabis previa al diagnostico en 8/19 y 12/19 casos sucedieron fuera de la vivienda.

La disminución del nivel de consciencia fue la sintomatología más frecuente(89,5%), seguido de hipotonía(42,1%), midriasis(36,5%), ataxia(31,6%), risa inmotivada(21,1%) e hiperemia conjuntival(15,8%). A destacar 2 pacientes procedentes de otros centros que fueron diagnosticados en primera instancia como crisis convulsivas afebriles.

Se diagnosticaron mediante la determinación de tóxico en orina, obteniendo resultado positivo a cannabis en todos los casos. 12/19 pacientes permanecieron en observación con una media de 9,53 horas y se administró carbón activado en 2/19 y flumazenilo en 1/19.

Se notificó a los servicios sociales todos los casos y se cursó la hoja de notificación de maltrato en 13/19.

CONCLUSIONES

- Se debe sospechar intoxicación aguda por cannabis en lactantes previamente sanos con síntomas neurológicos agudos sin causa aparente, fundamentalmente si existe entorno familiar con sospecha de consumo, de ahí la importancia de registrar en su historia por los pediatras de atención primaria los antecedentes familiares de hábitos tóxicos.
- La determinación de tóxicos en orina es la prueba de elección ante la sospecha de intoxicación.
- Los pacientes deben recibir monitorización neurológica estrecha, requiriendo el carbón activado o flumazenilo en algunos casos.
- En los casos donde no es reconocida la ingesta en la anamnesis, el diagnostico de intoxicación por cannabis es complejo. Probablemente sea una patología infradiagnosticada, ya que los casos menores no reclaman asistencia médica, siendo los casos con sintomatología neurológica marcada los diagnosticados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASA CERVICAL EN PEDIATRÍA

Muñoz-Cruzado Rosete, A.; Muñoz-Cruzado Rosete, A; de Santiago García-Caro, E; Fernández Romero, V; Bedoya Belmonte, J

Hospital Materno Infantil de Málag

Introducción

En pediatría el diagnóstico diferencial de las masas cervicales es extenso. A diferencia del adulto donde la primera causa a plantear es neoplásica, en la edad pediátrica debemos pensar en patología congénita e inflamatoria, sin descartar ante datos de malignidad (supraclavicular/escalénica, tamaño > 3 cm, induración y escasa movilidad) la posibilidad de linfoma, rabdomiosarcoma y neuroblastoma.

Las causas congénitas se presentan generalmente desde el nacimiento, aunque pueden manifestarse a cualquier edad, como los hematomas, la fibrosis del esternocleidomastoideo, quiste branquial y conducto tirogloso.

Entre las causas inflamatorias destacan las linfadenopatías reactivas, generalmente de localización submandibular y yugular.

Discusión del caso

Paciente de 6 años consulta por dolor a la palpación en la región cervical derecha de 3 semanas de evolución. No refiere traumatismo ni procesos infecciosos. En la exploración destaca una tumoración supraclavicular laterocervical derecha, indurada, parcialmente móvil y mal delimitada, dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios. La niña no refería anorexia ni pérdida de peso. Ante la posibilidad de patología tumoral, su pediatra lo deriva para estudio urgente. Se realiza analítica con hemograma y frotis sanguíneo normal y bioquímica sin datos de lisis tumoral. En la radiografía se identifica aumento de partes blandas en región laterocervical derecha y en ecografía una imagen nodular en triángulo cervical posterior derecho, calcificada, sin vascularización y no dependiente de estructuras vasculares ni óseas, que plantea el diagnóstico diferencial de neuroblastoma o miositis osificante. Se completa con TAC cervical que objetiva costilla cervical bilateral articulada con primer arco costal con calcificación del cartílago de crecimiento, no pudiendo descartar un osteocondroma, así como tampoco en la RNM, por lo que se decide nuevo control a los 4 meses. La paciente no experimentó aumento del tamaño de la lesión ni sintomatología, con estabilidad de la lesión en la ecografía de control.

Conclusiones

La costilla cervical es una costilla supernumeraria a partir de la séptima vértebra cervical que articula con la primera costilla o queda en el tejido celular subcutáneo. Es más frecuente en mujeres adolescentes y generalmente es asintomática, aunque puede producir dolor o síndrome del opérculo torácico en última instancia.

Generalmente el diagnóstico se realiza mediante radiografía de tórax, aunque en ocasiones se solicitan otras pruebas de imagen si no se esclarece el diagnóstico por presentar características de malignidad a la exploración, como fue el caso de nuestra paciente. El tratamiento generalmente es conservador, reservando la intervención quirúrgica a casos muy sintomáticos.

ENTROPION CONGÉNITO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Pardo Domínguez, Cristina; Gallego Ramos, María; Gutierrez Perandones, María Teresa
Marbella

ANTECEDENTES:
El entropion es una anomalía oftalmológica que consiste en una malposición palpebral que causa una inversión anormal del margen de párpado. Esto provoca el contacto permanente de las pestañas con la superficie corneal, causando irritación y, consecuentemente, erosiones y úlceras. Aunque las formas adquiridas son frecuentes en adultos, la forma congénita es muy rara y existen pocos casos descritos en la literatura. No existe predilección por uno u otro sexo. Se clasifica según su etiología y mecanismo de producción en entropión involucionado por disminución del tamaño del párpado (causa más frecuente), entropión espástico agudo por irritación ocular secundaria a etiología inflamatoria, traumática o infeccioso y entropión cicatricial por trauma, quemadura química, pénfigo o síndrome de Stevens-Johnson, siendo esta última la más frecuente en el mundo industrializado. No existe tratamiento médico curativo por lo que el tratamiento definitivo es quirúrgico.
OBJETIVO: Dar a conocer una patología poco frecuente cuyo tratamiento preventivo precoz disminuye el riesgo de complicaciones futuras.
METODOLOGÍA: Presentamos el caso clínico de una paciente con entropión congénito detectado por su pediatra de Atención Primaria en una consulta rutinaria del programa de Salud Infantil.
RESULTADOS:
Lactante de 4 meses, sin antecedentes prenatales ni perinatales de interés, remitido a consulta de oftalmología por su pediatra de Atención Primaria por haber percibido pestañas de párpados inferiores de ambos ojos hacia dentro en revisión rutinaria. No síntomas de irritación corneal. Se evidencia en exploración entropión nasal bilateral sin percibirse alteraciones patológicas de consideración en polo posterior. Conjuntiva, esclera y pestañas sin alteraciones. No epifora. Seguimiento visual normal. No otros familiares afectos. Es dado de alta recomendándose lavados con suero salino fisiológico, gotas oftalmológicas lubricantes, oculoplastia y controles evolutivos para detectar futuras complicaciones.
CONCLUSIÓN:
Tal y como observamos en nuestro paciente se trata de una patología oftalmológica que no suele dar sintomatología a estas edades de edad debido a la consistencia blanda de las pestañas, aumentando el riesgo a partir de los 6 meses por lo que es importante detectarla y realizar seguimiento evolutivo.
Es importante cuando sospechamos un entropión congénito descartar otras patologías que puedan simularlo como serían el epiblefaron, la retracción de las pestañas, la distiquiasis o el tracoma por lo que sería conveniente la valoración por oftalmología.
Aunque no existe tratamiento médico, el tratamiento preventivo de la erosión corneal es muy importante desde etapas precoces para prevenir la irritación corneal futura. En caso de complicaciones estaría indicado el tratamiento quirúrgico para su corrección.

OS TRIGONUM Y OS TIBIALE.
ENTIDADES A TENER EN CUENTA ANTE UN PIE QUE DUELE.

Pérez Salgado, Cecilia; Gil Alexandres, Inmaculada; Torregrosa Tomás, María Dolores.
Centro de Salud Torrequebrada (Málaga), Centro de Salud Alhaurín de la Torre (Málaga)

Antecedentes:
El dolor de pie es un motivo de consulta frecuente en pediatría de atención primaria, especialmente en niños adolescentes o preadolescentes que practican deporte.
Metodología y resultados:
Presentamos dos pacientes en los que la presencia de huesos accesorios tarsianos resultaron ser la causa del dolor que referían en el pie.
Paciente 1:
Niña de 10 años que refería dolor en la parte interna del pie derecho desde hacía unos 6 meses. La familia había notado un resalte en zona inframaleolar interna, que habían relacionado con molestias ocasionadas por el calzado.
En la exploración se apreciaron pies planos bilaterales y una prominencia de tamaño similar a un grano de arroz dura, fija y no dolorosa a la palpación en zona inframaeolar interna derecha.
Se practicó radiografía, apreciándose aumento de densidad ósea en dicha zona compatible con hueso accesorio, que fue informado como “os tibiale”.
Paciente 2:
Niño de 12 años, jugador de baloncesto, que se quejaba de dolor recurrente a nivel de zona posterior de tobillo izquierdo generalmente en relación con la práctica deportiva. En la exploración presentaba dolor a la presión en la zona de inserción del tendón de Aquiles. Se sugirió un diagnosticó de tendinitis. Ante la persistencia de los síntomas se solicitó radiografía en la que se apreció zona delimitada de densidad ósea a nivel postastragalino compatible con hueso accesorio que fue informado como “os trigonum”.
Ambos pacientes fueron remitidos para valoración al servicio de traumatología, decidiéndose en ambos casos tratamiento conservador y conducta expectante.
Conclusiones:
Las variantes anatómicas de los huesos del pie son frecuentes (hasta un 10% de la población) y suelen ser asintomáticas. Podemos encontrarlas como variantes de centros de osificación asociados a un hueso (huesos accesorios) u osículos en contacto con un tendón (huesos sesamoideos).
Tiene interés saber reconocer estos huesos accesorios, así como diferenciarlos de una fractura o avulsión ósea.
Con el tiempo, pueden sufrir microtraumatismos, cambios degenerativos u otros trastornos que suelen ser los responsables de las manifestaciones clínicas.
La mayoría de los pacientes mejora con tratamiento conservador, aunque ocasionalmente puede ser necesaria la cirugía para asegurar la correcta función del pie.

COJERA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. NO SIEMPRE UNA ETIOLOGÍA BANAL

Pino Gálvez María Asunción, Tello Ochoa María De La Paz, Gómez Lara Antonia, Ibáñez Ruiz Macarena, Posadas Ventura Gloria, Gavilán Expósito María Luisa

Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén

Introducción

La cojera es un motivo de consulta frecuente en Pediatría. En la mayoría de los casos son cuadros banales y autolimitados.Tras los traumatismos, la principal causa es la sinovitis transitoria de cadera. Sin embargo, en ocasiones su diagnóstico diferencial resulta complicado. De ahí, la importancia del seguimiento clínico del paciente junto con una adecuada anamnesis y exploración además de la realización de pruebas complementarias, sobre todo ante la persistencia o empeoramiento de la clínica.

Caso clínico:

Niña de 3 años que consulta por cojera de miembro inferior izquierdo de 2 días de evolución. Afebril. No cuadro infeccioso previo ni concomitante. Niega traumatismo. En la exploración destaca dolor a la rotación interna y externa de cadera izquierda. Se realiza radiografía (Rx) de caderas sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de sinovitis transitoria de cadera se pauta reposo y tratamiento antiinflamatorio. Tras un mes y medio persiste la sintomatología por lo que se vuelve a valorar. La paciente presenta cojera más evidente de miembro inferior izquierdo con dolor y limitación a la abducción y rotación de cadera izquierda. No signos inflamatorios. Ante la persistencia de la sintomatología se amplía el estudio. Se repite Rx de caderas en la que se objetiva leve asimetría del núcleo de osificación de cabeza femoral izquierda y ecografía de cadera en la que destaca abombamiento de la cápsula articular. Se realiza hemograma, reactantes de fase aguda (PCR, PCT) con resultado normal y ligero aumento de VSG 32 mm/hora. Se deriva a Traumatología Infantil donde se realiza RMN de cadera en la que se objetiva edema óseo a nivel de la cabeza femoral y aumento del líquido articular. Tras estos hallazgos, y con la sospecha de artritis séptica, se realiza artrocentesis de cadera obteniéndose líquido sanguinolento y en el que se aísla Staphylococcus Hominis. La paciente recibe tratamiento antibiótico intravenoso (vancomicina y cefotaxima) durante 15 días con evolución favorable y despareciendo la sintomatología. Posteriormente completó tratamiento antibiótico oral con cloxacilina y cefixima durante 2 semanas y tratamiento rehabilitador.

Conclusiones:

- Aunque las principales causas de cojera en la infancia son patologías banales debemos de tener en cuenta cuadros menos frecuentes pero más graves.
- Resulta esencial para llegar al diagnóstico el seguimiento del paciente y la realización de pruebas complementarias de forma escalonada y guiada por nuestra sospecha clínica.

NEFRITIS LÚPICA: UN ESTUDIO DE CASO

Resola Camacho,Rosario; Fernandez Peregrina, Silvia; Carriquí Arenas, Sonia; Martinez Moya, Joanna; Campos Aguilera, Ana María; Gomez Bueno, Sara

C.H. Torrecárdenas (Almería)

Introducción

La nefropatía lúpica, (NL) es la afección renal debida al Lupus Eritematoso Sistémico, enfermedad multisistémica autoinmune, de carácter crónico y de etiología desconocida, que ocasiona depósitos de inmunocomplejos en varios tejidos, incluyendo los renales y cuyo curso clínico se caracteriza por exacerbaciones y remisiones múltiples. La NL constituye una de las complicaciones más severa del LES, determinando su pronóstico. Es mucho más frecuente y grave en niños que en adultos. Un 50-55% de LES infantil debuta como NL. Las manifestaciones más frecuentes son las de un síndrome nefrítico completo y con frecuencia grave.

Resumen del caso

Varón de 12 años, previamente sano. Acude a Urgencias por edemas en cara, piernas y genitales de dos semanas de evolución, sin otra clínica asociada. A su llegada a nuestro servicio se objetiva además hipertensión arterial.

Pruebas complementarias:

-Proteinuria(IPr/Cr4.5),Hematuria,y Cl.Cr:63.7ml/min/1.73m2.

-Nefrosis: Hipercolesterolemia e Hipoalbuminemia<2’5

-Estudio hematológico: Pancitopenia

-Serologías infecciosas: negativas. ASLO:normal,

-Pruebas inmunológicas: C3 y C4 bajos.ANA:+, Ac.antiSm:+, AcADN doblecadena:+,Ac.antiSSA/Ro:+, -Ac.antifosfolípido, Ac.anticardiolipina, anticoagulantelúpico:negativos

-Biopsia renal: Nefropatía lúpica con lesiones proliferativas endocapilares y mesangiales segmentarias (TipoIII).

Se inicia tratamiento con pauta de corticoides recomendada y micofenolato,furosemida e IECA. Durante el ingreso se produce una recuperación paulatina del filtrado glomerular y mejoría progresiva
de la proteinuria(IPr/Cr 0.7 al alta)y control de la HTA. En el momento actual sigue reducción corticoidea, mantiene niveles de Micofenolato y se ha añadido Hidroxicloroquina por la Unidad de Reumatología .Se mantiene asintomático, con TA controlada, albuminuria leve y filtradoglomerular en límites de normalidad.

Conclusiones/Comentarios

El tratamiento de la NL consiste en una fase de inducción (3-6 meses), que pretende la remisión precoz del brote y evitar la evolución a la cronicidad. El pilar básico de esta fase son los corticoides a altas dosis y los inmunosupresores como la ciclofosfamida y el micofenolato. La fase de mantenimiento tiene como objetivo el control de la enfermedad y la prevención de recaidas. Se pretende el ahorro de corticoides con la menor dosis efectiva de Inmunosupresores, incluyendo además un tratamiento sintomático y de apoyo con hidroxicloroquina, antiproteinúricos (IECA o ARAII), antihipertensivos, hipolipemiantes, gastroprotección, calcio y vitD. El curso y pronóstico de la enfermedad es impredecible y variable pero con la terapéutica disponible ha mejorado en las últimas décadas. Para el futuro la inmunogenética promete mejorar las condiciones de los niños con esta severa enfermedad.

HEMATOMA DUODENAL DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO: ESTUDIO DE CASO

Resola Camacho, Rosario; Aguilar Albarracín, Cynthia; Martin Gonzalez, Manuel; Lopez Ruzafa, Encarnación; Galera Martinez, Rafael; Armenteros Lopez, Ana Isabel
C. H. Torrecárdenas (Almería)

Introducción
La causa más frecuente de hematoma intramural duodenal en edad pediátrica es el traumatismo abdominal. Sin embargo, también se ha descrito como complicación asociada a realización de endoscopia digestiva alta (EDA) con toma de biopsias, con una incidencia 1:1922 procedimientos. El aumento del número de endoscopias realizadas en niños paralelo al desarrollo de la Gastroenterología Pediátrica obliga a tener presente los signos de alarma y evolución de dicha complicación.
Resumen del caso
Escolar mujer de 8 años con cuadro de dolor abdominal crónico de un año de evolución con estudio de celiaquía negativo, perfil hepático, renal, coagulación y enzimas pancreáticas normales, pruebas diagnósticas por imagen sin hallazgos y ensayo terapéutico inefectivo (dieta, antisecretores, antiespasmódicos). Ante la persistencia del cuadro se realiza EDA bajo sedonalagesia con propofol,con toma de biopsias en esófago proximal y distal y duodeno (2ªporción y bulbo duodenal), con el único hallazgo de hernia hiatal levepor deslizamiento y estudio anatomopatológico normal. A las 36 horas del procedimiento, la paciente comienza con epigastralgia refractaria a analgesia habitual con aparición de signos de obstrucción intestinal en las siguientes 12 horas. Se realiza ecografía abdominal y TAC abdominal urgente con hallazgo de hematoma-intramural-duodenal de 4x10cm, dilatación intra-extrahepática y de conducto pancreático por compresión a nivel de papila, hemoperitoneo y hemoretroperitoneo. Destacan también el descenso de cifras de hemoglobina(8.6g/dl),hipoproteinemia (5.92 g/dL) y elevación de las cifras de amilasa (1465 U/L). Se acuerda actitud expectante, colocándose SNG abierta a bolsa (con drenaje bilioso durante 21 días). Se insataura soporte nutricional con nutrición parenteral durante 25 días. El día 24 inicia tolerancia oral con buena evolución. Al 5º día de ingreso presenta picos febriles aislados con elevación de parámetros de fase aguda, por lo que se instaura antibioterapia intravenosa con cefotaxima (cultivos negativos). Los controles ecográficos seriados evidencian la disminución del hematoma hasta total resolución a los 27 días, normalizándose también los parámetros analíticos alterados. La evolución posterior ha sido favorable.
Conclusiones/Comentarios
El hematoma duodenal es una complicación rara de la EDA pediátrica, aunque puede presentarse en las primeras 48-72 horas tras un procedimiento sin incidencias y con coagulación normal. Tanto en nuestro caso como en las series revisadas, la evolución suele ser favorable con tratamiento conservador con un tiempo de resolución en torno a las 4 semanas.

QUERATOSIS SEBORREICA, UNA LESIÓN NO HABITUAL EN LA INFANCIA

Carmen Rivas Rodríguez; Francisco de Asís Vizcaíno Rodríguez; Mª Carmen Castellano Álvarez
Centro de Salud de Osuna, Osuna (Sevilla)

Introducción:
La Queratosis Seborreica es el tumor epidermico benigno más frecuente a partir de los 50 años pero es raro verlo en la infancia. Aparece a partir de la proliferación de los queratinocitos de la capa espinosa y su etiología es desconocida. Suelen tener herencia autosómica dominante y no estan en relación con la exposición al sol.
Se localiza en cara, tórax, hombros y espalda. Se caracteriza por presentar pápulas de superficie verrugosa o plana pigmentadas, de bordes bien definidos, consistencia blanda, tacto áspero y untuoso. Tienden a ser múltiples y crecen lentamente. Suelen ser asintomáticas, aunque se pueden inflamar por roce. Su forma de manifestación suele ser muy variada por lo que no siempre es fácil el diagnóstico.
Los criterios dermatoscópicos principales son: quistes tipo milium, tapones foliculares o criptas, fisuras y crestas y estructura en huella dactilar.
Caso clínico:
Niña de 11 años que acude a consulta por presentar desde hace meses lesión a nivel retroauricular derecho. La madre refiere que la lesión en los últimos meses ha crecido.
Antecedentes personales de alérgica a pólenes y asma.
No refiere antecedentes familiares de interés.
Exploración:
Presenta a nivel retroauricular derecho pápula ovalada y pigmentada con bordes bien definidos de 3x1.5 cm de tamaño, con superficie verrucosa de consistencia blanda y áspera al tacto, con tapones foliculares, fisuras y crestas sugestiva de queratosis seborreica.
Actitud:
Se extirpa en cirugía menor ambulatoria por motivos estéticos.
Anatomía patológica: Queratosis seborreica.
Conclusión:
La Queratosis Seborreica es un tumor epidérmico raro en la infancia, que generalmente no precisa tratamiento, a no ser que presenten irritación ,malestar psicológico del paciente o dudas diagnósticas de lesión maligna. En estos casos el tratamiento se realizaría con crioterapia, legrado, electrocoagulación, láser, aplicación de ácido tricloroacético o exéresis quirúrgica.
El diagnóstico diferencial se establecería con el nevo melanocítico, melanoma, carcinoma basocelular pigmentado, queratosis actínica y el léntigo solar.
Realizar el diagnóstico de una lesión maligna es fundamental, pero también es necesario aprender a reconocer las lesiones benignas, ya que no todas las lesiones pigmentadas son susceptibles de intervención quirúrgica.

FPIES /SEIPA: UN RETO DIAGNÓSTICO, NO TAN INFRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

RODRIGUEZ SANCHEZ ISABEL; LUQUE GARROCHO ANA; FERNANDEZ ROMERO VERONICA
UGC DEPEDIATRIA Y NEONATOLOGIA MALAGA ESTE AXARQUIA

Antecedentes: El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de alimentos (FPIES/SEIPA) se trata de una alergia no IgE mediada, con una forma de presentación aguda que puede conducir a shock en un 15 % de los casos. Los síntomas no son inmediatos y al no ser IgE mediado las pruebas de alergia serán negativas. En la primera guía de consenso internacional publicada recientemente, concluye que para el diagnóstico se deben de cumplir una serie de criterios clínicos. No disponemos de pruebas complementarias y es la historia clínica la que nos dará el diagnóstico.En edades precoces son más frecuentes las reacciones a proteína de leche de vaca y soja, posteriormente a cereal (arroz y avena), y también a otras proteínas de ave, pescado y huevo. En principio se puede reaccionar a cualquier proteína alimentaria. Es importante conocer esta entidad para poder diagnosticarla.
Objetivo: Mostrar las distintas presentaciones clínicas de este síndrome, para difundir su conocimiento entre los pediatras.
Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, a través de historias clínicas recogidas en un centro de salud.
Resultado: Se describen 5 casos de lactantes con reacción a proteína alimentaria compatible con este cuadro a distintos alimentos con distinta presentación y gravedad. Caso 1: lactante varón de 4 meses, con lactancia materna tras la toma de fórmula adaptada, presenta cuadro de vómitos profusos a las horas de la toma, con marcada palidez, cianosis perioral, hipotonía con leucocitosis, acidosis, elevación de procalcitonina. Ingresó con sospecha de sepsis. Caso 2: Lactante mujer de 25 días alimentada con lactancia materna que tras la toma de fórmula de inicio presenta cuadro de vómitos proyectivos, palidez sudoración. Se sospechó estenosis hipertrófica de píloro. Caso 3 y 4 son hermanas que a los 9 y 8 meses respectivamente con la introducción de pollo presentan cuadro de vómitos con palidez, sudoración e hipotonía. Caso 5: lactante varón de 5 meses con vómitos, afectación del estado general, hipotoníay diarrea posterior coincidiendo con las primeras tomas de cereales sin gluten (sospecha arroz). Todos los casos se diagnostican de FPIES a distintas proteínas.
Conclusiones: El Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de alimentos, es una entidad emergente, no tan infrecuente y es importante difundir su conocimiento para evitar errores y retraso diagnósticos, pruebas innecesarias, así como realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes.

PROCTALGIA Y SU CAUSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

María Ángeles Rojas Panadero. Amparo Cabeza Ramírez. Gloria Prieto Berchez.
Hospital Universitario Reina Sofía. Centro de Salud Córdoba Centro. (Córdoba)

Introducción

La proctalgia se define como dolor en la porción final del recto y del ano. Una anamnesis detallada junto a una exploración física completa permite establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos. Entre sus causas debemos diferenciar causas orgánicas (fisura anal, absceso/fístula perirrectal, anitis estreptocócica o oxuriasis, traumatismos, hemorroides…) y causas funcionales.

Objetivos

Con este caso clínico pretendemos presentar los distintos diagnósticos diferenciales a realizar en la consulta de atención primaria ante un mismo motivo de consulta: el dolor anorrectal.

Metodología (Caso clínico)

Niño de 5 años con episodios recurrentes y autolimitados de proctalgia de predominio vespertino, de unos 3-4 minutos de duración, sin relación con cambios en la consistencia ni del ritmo de las deposiciones. No hábito estreñido. Ausencia de sangre o mucosidad en heces. No dolor ni picor anal en la familia. Tratado de manera recurrente con Mebendazol oral.

Antecedentes personales: monorreno y dermatitis peribucal severa en seguimiento.

Antecedentes familiares: Madre y padre sanos. Hermano de 8 años con dermatitis atópica. Abuelo materno colitis ulcerosa (CU).

Resultados

En primer lugar realizamos una exploración física detallada donde no se observaban lesiones en región anal ni perianal. Se solicita estudio microbiológico de heces que resulta negativo para bacterias y virus. Test de Graham negativo. Test de calprotectina en heces con resultado dentro de la normalidad (84 µg/g). En espera de resultados de estudio de celiaquía y parásitos en heces.

A pesar de los dos estudios pendientes, tenemos que considerar dos diagnósticos que, a pesar de su frecuencia (4-18%), no suelen tenerse en cuenta en la consulta: la proctalgia fugaz y la proctalgia crónica.

Se trata de entidades benignas, funcionales, de etiología aún desconocida (se sugiere alteraciones motoras en el músculo liso anal durante las crisis) y se diferencian entre ellas por la duración de los episodios; de segundos a minutos en la primera y mayores de veinte minutos en la segunda. Se ha descrito la respuesta clínica a la aerosolterapia con Salbutamol que, dada la ausencia de realización del tratamiento por la familia, no hemos podido comprobar en nuestro paciente.

Conclusiones

La proctalgia es un síntoma poco frecuente en la consulta, y difícilmente identificable en el niño. En primer lugar deben excluirse todas aquellas patologías orgánicas que puedan debutar con dolor anal, realizando los estudios pertinentes. Sin embargo, una vez descartadas, debemos valorar entidades funcionales cuyo abordaje puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

ATAXIA CEREBELOSA EN LACTANTE 23 MESES

ROMERO MORILLA, SILVIA1; MARTINEZ PRIETO VICTORIA2; ALCÁNTARA ALMONTE YOUBELKYS3; MORENO PENA, LOWIS ANDRES4; PRADAS CHÍA, JESUS5;

(1) Pediatra CS "La Purísima Concepción" UGC Pediatría Linares; (2) Médico Urgencias H.A.R Écija; (3)Pediatra H.A.R. Écija. (4)Pediatra H.A.R. Écija. (5)Pediatra H.A.R. Écija

ANAMNESIS: Lactante de 23 meses que consulta a urgencias por fiebre de 4 días de evolución y ataxia. Desde hace 48 horas sigue tratamiento con Amoxicilina/Clavulanico tras diagnóstico de amigdalitis. La familia refiere notarla con tendencia al sueño y no hace cosas habituales como coger una botella, jugar, subir escaleras, etc.

EXPLORACION CLÍNICA: Aceptable estado general. Quejosa, buena hidratación y perfusión y coloración de piel y mucosas. Afebril. No exantemas, no petequias. No se mantiene de pie sin sujeción. ORL normal, no adenopatías significativas.ACR: rítmico sin soplos. Buena ventilación pulmonar bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible no doloroso sin defensa ni peritonismo. Consciente, orientada, pupilas isocóricas, normoreactivas. Buen tono muscular, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, fuerza y sensibilidad conservadas, pares craneales normales, ROT simétricos, ataxia y movimientos incoordinados al caminar necesitando ayuda

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se traslada al Hospital materno-infantil de referencia. TAC craneal: normal. Hemograma normal- Bioquímica: normal, salvo Na 134…después 126, PCR y PCT normales. Tóxicos en orina negativo. Punción lumbar: líquido claro, normotenso, 34 células con predomino de mononucleres. Gram: leucocitos, no microorganismos.PCR de virus (VHS 1 y 2/entrovirus) en LCR negativo. Electroencefalograma: sin signos evidentes de valoración patológica. PCR Enterovirus en heces positivo. RNM craneal: normal

JUICIO CLINICO: ENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS / HIPONATREMIA.

EVOLUCIÓN: Desde su ingreso se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso con buena evolución. Permanece afebril y tras 3 días de administración se suspende sin incidencias presentando buena deambulación y manipulación normal.

CONCLUSIONES: La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a una disfunción neurológica, debido a múltiples agentes etiológicos, fundamentalmente virus. Su incidencia en la infancia es de 5-10 casos/100.000 niños, alcanzando en el primer año de vida hasta 17 casos 100.000 niños. A su edad, lo más habitual es una infección por Enterovirus como Echovirus y Coxackie B5 y VHS. Clínicamente se manifiesta como alteraciones del comportamiento, déficits motores (ataxia y otras alteraciones del movimiento), alteración de pares craneales, parestesias, convulsiones, somnolencia o letargia siendo éste el síntoma capital que, en casos graves, progresa a coma y muerte. Se realizará punción lumbar para cultivo de virus, bacterias y PCR de virus, fundamentalmente. La Punción Lumbar y las técnicas de PCR en LCR par virus, bacterias son las técnicas de elección para realizar el diagnóstico etiológico de la encefalitis. Se debe instaurar tratamiento empírico de forma precoz con aciclovir IV. Otra pruebas diagnosticas; EEG, RNM.

DERMATITIS ATOPICA, UN CASO SEVERO.

ROMERO MORILLA, SILVIA1; MARTINEZ PRIETO VICTORIA2; ALCÁNTARA ALMONTE YOUBELKYS3; MORENO PENA, LOWIS ANDRES4; PRADAS CHÍA, JESUS5

(1) Pediatra CS "La Purísima Concepción" UGC Pediatría Linares; (2) Médico Urgencias H.A.R Écija; (3)Pediatra H.A.R. Écija. (4)Pediatra H.A.R. Écija. (5)Pediatra H.A.R. Écija

ANAMNESIS: Niña de 10 años, bien vacunada, con antecedentes de piel atópica que acude por presentar brote de dermatitis de dos semanas de evolución, que no mejora tras tratamiento con Lexxema y Rupatadina,además de cremas emolientes y geles para piel atópica. No relación con ningún desencadenante. No antecedentes de Bronquiolitis. No estudio alergológico
Hermano sano sin dermatitis atópica con screning alérgico positivo a Olivo, Ácaros y epitelio de animales

EXPLORACION CLÍNICA: Presenta lesiones eccematosas con importante componente inflamatorio en párpados, región perioral, cuello, axilas, manos, muñecas, flexuras cubitales y poplíteas.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza interconsulta con Alergología
JUICIO CLINICO: DERMATITIS ATÓPICA MODERADA/SEVERA
TRATAMIENTO:

- Prednisona 10 mg:1 comp y medio al día por las mañanas 5 días siguiendo con pauta descendente de medio comprimido cada 5 dias hasta completar 15 dias y supender
- Fluticrem crema: aplicar en los ezcemas mañana y noche 4-5 días, suspender antes si curación.
- Protopic pomada 0,1% (casos de brotes seguidos): aplicar a modo de mantenimiento una vez que suspenda tratamiento con Lexxema Crema. una vez al día durante 1 semana, y luego sólo dos veces en semana de mantenimiento durante 2 meses.
- Sólo si picor: Rupatadina 10mg 1 comp al día después de cenar.

Medidas de higiene e hidratación, en el brote y en los períodos inter-brotes con:

- EUCERIN Aceite de ducha para la higiene diaria de cara y cuerpo o OTC ATOPIC PIEL gel de baño o EROSIL DERMOGRASO gel cremoso(Se recomiendan jabones suaves sin detergente)
- DEXERYL crema hidratante: aplicar en cara y cuerpo después de la ducha diaria y por la mañana antes de vestirse.
-En zonas más secas XEMOSE CERATO como crema hidratante a demanda.
- Se aconsejan duchas diarias cortas (5 minutos), con agua templada, secar la piel sin frotar dando toquecitos, aplicar las cremas con la piel aún húmeda y usar ropa 100% algodón. No abrigar en exceso.
-Educar a los niños para evitar el rascado de la piel.

CONCLUSIONES:
La severidad de la dermatitis atópica es variable; suele cursar con brotes o agudizaciones. La complicación más frecuente es la infección de las lesiones, provocadas muchas veces por el racado. El tratamiento consiste en hidratar la piel con crema, controlar el picor con antihistamínicos y usar cremas inmunomoduladores o corticoides tópicos u orales en las peores fases. En las dermatitis atópicas rebeldes necesitan tratamiento más agresivos y precisan de estudio alergológico para identificar la causa.

CUANDO EL COLOR ES LO QUE IMPORTA: FLUJO VERDOSO EN VULVOVAGINITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

Ruiz Garrido, Beatriz; Viedma Chamorro, Gloria; Martín Moya, Mª Rocío; Cruz Palomares, Ángela; Cambrón Carmona, Esther; Martínez Rebollo, Mª Mercedes

Centro de Salud de Porcuna y Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN:

La vulvovaginitis es el principal motivo de consulta ginecológica, en niñas y adolescentes, constituyendo el 50% de ellas, con mayor incidencia entre 6-9 años de edad. Se clasifican en específicas, cuando existe un germen claramente causante, e inespecíficas (las más frecuentes). La vagina de las niñas, por la falta de estrógenos y pH alcalino es muy susceptible al sobrecrecimiento bacteriano. La proximidad con el ano y las dificultades para la higiene de esa zona derivan en que las enterobacterias sean la etiología más común de vulvovaginitis inespecífica en niñas. El origen de las vulvovaginitis específicas es frecuentemente respiratorio y entérico, por lo que se pueden aislar gérmenes como Corynebacterium, Staphylococcus coagulasa negativo, Streptococcus viridans o Pseudomonas (respiratorio) o bien, Enterobacterias (E. Coli), lactobacilos, o S. Agalactiae (entéricos). A continuación, presentamos un caso clínico de vulvovaginitis infantil destacando la peculiaridad de la etiología y la forma de presentación.

CASO CLÍNICO:

Niña de 2 años que acude con eritema vulvar y disuria. En la exploración destaca eritema de labios mayores y menores, sin secreción. Se inician medidas de higiene íntima y tratamiento sintomático. A los 12 días acude de nuevo por irritación vulvar, presencia de secreción vulvar de color verdoso e hiperemia en labios menores e introito vaginal, por lo que se decide tomar muestra de secreción para cultivo. El cultivo de exudado vaginal muestra crecimiento de Proteus Mirabilis y Pseudomona Aeruginosa así como en urocultivo que consideramos contaminación por secreción vaginal. Nos encontramos con dificultad para el tratamiento tópico por la presentación de las cremas tópicas vaginales y se decide iniciar tratamiento con clindamicina tópica. Tras el tratamiento muestra mejoría, con desaparición de secreción e hiperemia. Control de cultivo de exudado negativo.

CONCLUSIONES:

-La vulvovaginitis es una entidad frecuente en Pediatría y que no debe pasar desaparecibida, ya que su diagnóstico nos orienta a entidades no sólo infecciosas, sino también de cuerpos extraños, abuso sexual, pólipos y tumores, sobre las que es fundamental la actuación precoz.

-Los síntomas que nos comenta la paciente son fundamentales en el diagnóstico, así como en la exploración, que nos puede arrojar luz sobre la etiología del mismo, como puede ser el color del flujo, presencia de lesiones o de parásitos.

-Las pruebas complementarias pueden ser una ayuda clave, incluso en Atención Primaria, permitiéndonos establecer diagnósticos más concretos y por tanto tratamientos más eficaces aunque sigamos encontrando dificultad en la administración de tratamientos tópicos.

EL PELIGRO DE UN NIÑO RONCADOR. SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO GRAVE.

Ruiz Garrido, Beatriz; Viedma Chamorro, Gloria; Vílchez Pérez, Juan Salvador; Martín Moya, Mª Rocío; Ureña Hornos, Trinidad; Martínez Rebollo, Mª Mercedes

Centro de Salud de Alcaudete/Centro de Salud de Porcuna/Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) en la infancia se caracteriza por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior o bien obstrucción intermitente completa que interrumpe la ventilación normal durante el sueño. Los factores predisponentes de este trastorno son aquellos que alteran la función de la musculatura faríngea como pueden ser: hipertrofia amigdalar y adenoidea, malformaciones craneofaciales, obesidad, enfermedades neurológicas, neuromusculares y reflujo gastroesofágico. El SAHS constituye un problema importante en salud infantil por su elevada prevalencia y por ser motivo de comorbilidad con otros trastornos crónicos.

CASO CLÍNICO:

Niño de 3 años, con antecedentes de hipertrofia adenoamigdalar, pendiente de valoración por ORL, acude a Urgencias porque, estando dormido, la madre le nota episodios de ausencia de respiración de hasta 5 minutos de duración, con recuperación posterior espontánea. Hábito roncador desde el pasado año, con respiraciones periódicas que han empeorado en los últimos días por un cuadro de vías respiratorias altas. En Observación presenta episodios de desaturación de hasta 54%, sin excesiva bradicardia, coincidiendo con el sueño y con el ronquido, presenciándose fenómeno de apneas obstructivas. En la exploración destaca que, estando dormido, presenta movimientos de tiraje subcostal y bamboleo abdominal coincidentes con ronquido, coloración subcianótica y un IAH > 10 episodios/h. Ingresa en UCIP donde se inicia manejo con CPAP y OAF, sin embargo, presenta empeoramiento progresivo, con aumento de las necesidades de FiO2, apneas frecuentes, acidosis respiratoria severa (pCO2 100 mmHg) y somnolencia por lo que se realiza intubación y se conecta a ventilación mecánica. Ante esta situación, se realiza interconsulta a ORL, para valorar obstrucción de la vía aérea y resolución urgente de SAOS severo, decidiéndose adenoidectomía y reducción amigdalar, con buena evolución posterior que permite extubación reglada sin incidencias y desaparición de la sintomatología.

CONCLUSIÓN:

-La hipertrofia adenoidea y amigdalar, patología frecuente en pediatría, no debe banalizarse, ya que puede constituir una urgencia, según el grado de obstrucción de la vía aérea y los síntomas manifestados

-La historia clínica resulta de vital importancia para conocer si hay presencia de alteraciones del sueño, ya que éstas pueden ser expresión de enfermedades respiratorias subyacentes como el caso presentado. Además, los patrones anómalos del sueño pueden ser causa o consecuencia de alteraciones en el desarrollo cognitivo.

-La exploración es fundamental durante el sueño, porque nos permite distinguir la sintomatología que expresan los padres y el número de episodios que se producen, así como su gravedad

Infección osteoarticular de causa infrecuente en una niña sana.

Sánchez Martínez, Francisco; Sánchez Tallón, Reyes; García Soto, Laura; Gámiz Gámiz, Antonio; del Valle de Toro, Antonio; Santos Pérez, Juan Luis

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada

Introducción

La diseminación hematógena de bacterias puede causar infección osteoarticular, normalmente en huesos largos, con mayor incidencia en niños que en adultos. El agente principal es Staphylococcus aureus en todas las edades. Describimos un caso de osteoartritis de localización infrecuente por Salmonella grupo B en paciente previamente sana.

Descripción del caso

Una paciente de 7 años consulta por fiebre, dolor e inflamación en primer dedo del pie derecho a las 48 horas de un traumatismo. Cuatro días antes de la primera consulta presentó gastroenteritis sin fiebre.

Acude a un centro hospitalario donde se realiza analítica con PCR y recuento leucocitario en rango normal, radiografía de pie derecho sin hallazgos patológicos y tira de orina con hematíes +, leucocitos ++. Inicia cefuroxima por sospecha de infección del tracto urinario, cediendo la fiebre en 24 horas. Tras finalizar antibioterapia al décimo día, persiste inflamación del pie, por lo que se repite radiografía, que es normal, y se envía a consulta de traumatología. La TC y RM realizada al mes muestra edema óseo de la cabeza del primer metatarsiano y epífisis proximal de la falange proximal del primer dedo, así como líquido articular, sugerentes de osteoartritis séptica metatarso-falángica. Se procede a drenaje y desbridamiento de la zona e inicia cloxacilina IV. En cultivo del drenaje se aísla Salmonella grupo B, modificándose antibioterapia a ceftriaxona IV durante 10 días más. Al alta completa tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral, con evolución favorable. Se realiza estudio inmunitario y despistaje de hemoglobinopatías que fueron normales.

Discusión

La osteoartritis por Salmonella es una entidad rara en pacientes sin factores de riesgo (fundamentalmente anemia falciforme e inmunodeficiencia), aunque se ha descrito en pacientes sanos portadores tras gastroenteritis. La PCR y VSG suelen elevarse de forma moderada, no suele presentar leucocitosis. La radiografía habitualmente es normal en los primeros 10-14 días, siendo más sensible tras 2-3 semanas. La RM es la mejor prueba para su confirmación, no recomendándose la TC por su excesiva radiación. La identificación del patógeno responsable es fundamental. Sin tratamiento el riesgo de secuelas es alto, pero el 90% evolucionan favorablemente con antibioterapia precoz. Precisa drenaje quirúrgico cuando existe colección ósea o subperióstica, o no mejore tras antibioterapia, así como en la osteomielitis aguda no hematógena. Aunque el tratamiento actual consiste en antibioterapia intravenosa 2-5 días seguido de antibioterapia oral, en gérmenes más virulentos como SARM o Salmonella se recomienda que sea más prolongado.

EL TRASTORNO PSICOSOMÁTICO : A PROPÓSITO DE UN CASO

Teruel Gómez, Cristina; García Lara, Gracia Mª ; García Iglesias, Francisco.; Jiménez Montilla, Sara

Granada. Hospital San Cecilio / C.S . Cartuja

Introducción

Hablamos de clínica psicosomática, a la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica la cual tras un examen detallado, no puede explicarse completamente por la presencia de enfermedad conocida, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (CIE -10, DSM V). Se entiende así que la somatización es el lenguaje de los afectos y se define como la tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico a través de quejas físicas. La inmadurez cognitiva del niño, lo predispone a manifestar emociones mediante síntomas físicos, representando hasta un 4% de las consultas en Atención Primaria. La presentación más común suele ser el dolor abdominal y la cefalea, acompañándose en ocasiones de trastornos de ansiedad y depresión; su repercusión inmediata más importante es el absentismo escolar.

Caso clínico

Paciente de 11 años de edad que frecuenta nuestra consulta por dolor abdominal, cefalea y episodios de mareo (este último en el ámbito escolar), no encontrando justificación médica. Tras ser estudiada en digestivo y neurología, se deriva a salud mental donde consideran desde un principio que se trata de un trastorno somatomorfo, lo que no es bien recibido por la familia. Con 13 años, presenta episodio de amaurosis fugaz y hemiparesia requiriendo ingreso hospitalario, todas las pruebas complementarias son negativas. Se concluye finalmente el diagnóstico de Trastorno Conversivo por somatización.

Conclusión

El abordaje del trastorno somatomorfo es un gran reto para el Pediatra de Atención Primaria , ya que conlleva numerosas consultas y pruebas complementarias innecesarias que solicitamos para descartar patología orgánica, aunque sospechemos el origen del trastorno desde el inicio del problema. Su manejo implica gran habilidad, es importante encontrar el momento en el que “parar” y evitar la iatrogenia. Para ello es necesario plantear desde un principio a la familia esta posibilidad diagnóstica, la naturaleza del trastorno y enfocar su tratamiento desde una perspectiva psicológica-conductual.

Urticaria pigmentosa y su manejo en Pediatría

Teruel Gómez Cristina; Jiménez Montilla Sara; García Lara Gracía M; García Iglesias Francisco
Centro de salud Cartuja (Granada)

Introducción: La urticaria pigmentosa o mastocitosis maculopapular es la forma más frecuente de presentación de la mastocitosis cutánea en Pediatría. De etiología desconocida, se debe al acúmulo de mastocitos en la dermis. Las lesiones habitualmente aparecen al nacimiento o en brotes en los primeros meses de vida con distribución extensa y simétrica, con signo de Darier positivo. Cursa generalmente sin manifestaciones sistémicas, con buen pronóstico, se resuelven sin secuelas en la pubertad en el 50% de los casos. Aunque el 90% de las mastocitosis corresponden a formas exclusivamente cutáneas, existe la posibilidad de compromiso sistémico. Esto último y la necesidad de dar indicaciones precisas para su tratamiento y prevención de complicaciones, hacen que el diagnóstico precoz de esta entidad tenga especial relevancia.
Caso clínico: Paciente de 3 meses de edad que presenta inicialmente lesiones maculopapulosas de color rosado parduzco, simétricas, de distribución lineal en cara y cuello, asintomáticas y sin cambios en su tamaño o coloración con la fricción. Un mes más tarde presenta nuevas lesiones de similares características pero de mayor tamaño (hasta 3 cm) en tronco posterior y miembro inferior izquierdo, prurriginosas y con signo de Darier positivo (rubor e incremento de tamaño con el rascado).
Conclusiones:Hay que tener en cuenta la urticaria pigmentosa en el diagnóstico diferencial de lesiones maculopapulosas pigmentadas y distinguirla de otras entidades. El signo de Darier positivo, al ser patognomónico, nos ayuda al diagnóstico.
El manejo de esta entidad incluye la toma de biopsia como diagnóstico definitivo y la determinación inicial de triptasa sérica para descartar afectación sistémica. Si bien, en Pediatría no es clara la asociación entre los niveles de triptasa sérica y las formas sistémicas de la enfermedad. Se ha descrito que valores mayores de 200 ng/ml al momento del diagnóstico se correlacionan con mayor extensión del compromiso cutáneo y riesgo de anafilaxia.
No existe tratamiento curativo. El objetivo principal es controlar los síntomas, evitando factores que desencadenen la degranulación de los mastocitos, como determinados alimentos o fármacos.

HALLANDO LA PAZ ENTRE CUERPO Y MENTE

Zafra Ramírez Natalia; Pulido Bosch Maria Rita; Pérez Milena Alejandro
Centro de Salud El Valle (Jaén)

Adolescente de 13 años cuya madre consulta desde pequeña por trastornos del comportamiento (insomnio, balanceos, tricotilomanía, hiporexia, inestabilidad emocional, amenazas autolesivas...) que conllevan agresividad en el medio familiar y fracaso escolar.
Embarazo y parto normales. Desde recién nacida muy irritable, siempre dormía mal. Actitud oposicionista e impulsiva. Expresa deseos de ser chico y viste como tal. Valorada por neuropediatra y seguida por Unidad de Salud Mental Infantojuvenil desde los 5 años hasta la actualidad. Exploración física anodina. Coeficiente intelectual 85.Analítica con perfil hormonal, cariotipo (46XX), Resonancia Magnética cerebral y electroencefalograma normales.
Padres separados. Vive con su madre y abuela materna. Relación paternal distante. Antecedentes familiares psiquiátricos (suicidios).
Diagnóstico: Disforia de género (Código DSM-V F64).Previamente trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno espectro autista, trastorno negativista-desafiante.
En seguimiento por Endocrinología (tratamiento hormonal) y Cirugía (recientemente se le ha realizado una mastectomía radical). Desde entonces no quiere ir al instituto por inseguridad y miedo al acoso escolar. Se ha autolesionado con cortes en varias ocasiones. Conductas agresivas en el ámbito familiar.
Abordaje biopsicosocial individual-familiar. Tratamiento psicoeducativo y farmacológico.
Compromisos para nueva orientación sexual (cambio de nombre en documentos identificativos oficiales; su entorno empieza a tratarlo como tal).Proponen cambio de instituto e integración en grupos de apoyo escolar. Desde la Unidad de Salud Mental contactan con la Asociación Chrysallis (familias de menores transexuales). Se empieza a relacionar frecuentemente a través de las redes sociales con adolescentes en su misma situación. Mejoran conducta, autoestima, sueño y apetito.
Es fundamental apoyar y orientar al menor hasta la mayoría de edad cuando, pese al sorteo genético de asignación sexual, tiene una identidad sentida y vivenciada no correspondida. Desde Atención Primaria, tanto el pediatra como en un futuro el médico de familia, pueden y deben llevar el seguimiento y la atención personal-sociofamiliar que un adolescente necesita. Será un abordaje extenso, complejo e individualizado.

www.pediatrasandalucia.org

"Trabajando por la infancia, trabajando para el futuro"

Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria

Comisión de Formación Continuada
Sistema Nacional de Salud
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Junta de Andalucía

AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

22j pap andalucía
22 jornadas de pediatría de atención primaria de andalucía
16 y 17 de marzo de 2018 | MÁLAGA