

COMUNICACIONES PREFERENTES Jueves 25 marzo

R-0077	Alergia	<p>IMPLICACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS EN EL ESTUDIO DE SENSIBILIZACIÓN A NEUMOALÉRGENOS EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>Ana Isabel Elola Pastor. MIR Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Lucas Díaz Anadón. MIR Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Alicia Pérez Pérez. MIR Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Clara González López. MIR Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. María Antonia Vázquez Piñera. Unidad de Alergia Pediátrica. HUCA Paula Toyos González. Unidad de Alergia Pediátrica. HUCA Porfirio Fernández González. Unidad de Alergia Pediátrica. HUCA Mercedes Escarrer Jaume. Unidad de Alergia Infantil, Clínica Juaneda. Palma de Mallorca.</p> <p>IMPLICACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS EN EL ESTUDIO DE SENSIBILIZACIÓN A NEUMOALÉRGENOS EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>Introducción: La patología neumoalérgica es de las más prevalentes en atención primaria (AP) y genera numerosos actos médicos y prescripciones. El prick test (PT) y las IgEs son recursos disponibles para el diagnóstico.</p> <p>Objetivos: Conocer la realización de pruebas neumoalérgicas en AP y qué implicación tienen en la realización de pruebas complementarias e indicación de tratamiento en la unidad de alergia pediátrica (UAP).</p> <p>Material y métodos: Pacientes de 0 a 14 años que acuden como primera consulta a UAP con patología neumoalérgica en el año 2019. Se analizan estudios realizados en AP y UAP, y tratamientos pautados en UAP. Se compararon mediante Chi cuadrado los pacientes sin estudios alérgicos de AP (GSIN) con los que tienen PT y/o IgEs previas (GCON).</p> <p>Resultados: Muestra de 204 pacientes, edad mediana de 9 años, 62.3% hombres. El 11,7% tienen realizado PT en AP, 22,5% IgEs y 1,4% PT+IgEs. Motivos de derivación: rinoconjuntivitis (39,2%), asma (3%), rinoconjuntivitis y asma (43,6%), conjuntivitis (9,3%) y tos persistente (2%). En la UAP se realizó PT al 100% e IgEs al 6,3% (6,8% GCON vs 6,1% GSIN, p=NS). No precisaron ningún tratamiento 10,7% (2,7% GCON vs 15,3% GSIN, p<0.001). Se indicaron medidas de evitación exclusivas al 2,9% (1,4% GCON vs 3,8% GSIN, p=NS), tratamiento farmacológico al 37,2% (30,1% GCON vs 41,2% GSIN, p=NS) e inmunoterapia al 49% (65,8% GCON vs 39,7% GSIN, p<0.01).</p> <p>Conclusiones: Los pacientes con pruebas en AP precisan tratamiento alergológico en la UAP con mayor frecuencia. La realización de pruebas alérgicas previas permite mejor aproximación diagnóstica y una derivación más eficiente.</p>
--------	---------	--

R-0030	Primaria	<p>TÍTULO.- ¿SABEMOS QUÉ HACER ANTE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA? ¿CONOCEMOS NUESTROS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ANTE ESTOS CASOS?</p> <p>AUTORES.- Ledesma Benítez, Ignacio¹; Ochoa Sangrador, Carlos² y Red de Investigación de Atención Primaria de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. ¹Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Trobajo del Camino (León). ²Pediatra. Hospital Virgen de la Concha. Servicio de Pediatría. Zamora</p> <p>OBJETIVOS.- En Septiembre de 2016 la Consejería de Sanidad de Castilla y León publicó el Protocolo de actuación en el ámbito sanitario ante la sospecha de maltrato infantil intrafamiliar. Nuestro objetivo es examinar el grado de conocimiento del protocolo que tienen los Pediatras de AP de Castilla y León y su experiencia en la notificación y seguimiento de estos casos</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS.- Estudio transversal realizado entre octubre y diciembre de 2019 a pediatras de Atención Primaria (PAP) que trabajan en Castilla y León por medio del envío de un cuestionario de cumplimentación online anónimo a través de las listas de correo de APAPCYL y SEPEAP</p> <p>RESULTADOS.- En Castilla y León, actualmente trabajan en Atención Primaria 260 pediatras, de los cuales 127 (87,5 % mujeres) han respondido al cuestionario. De ellos, el 85% (intervalo de confianza del 95% [81,2 a 93,2%]) refieren conocer el protocolo aunque sólo la mitad (52% [43 a 61%]) declara haber recibido formación acerca del mismo.</p> <p>En relación al procedimiento de actuación, sólo el 52% de los PAP notificaría un caso de maltrato leve-moderado a los Servicios Sociales Básicos mientras que en los casos graves, el 40% no creen necesaria la notificación a las secciones de Protección a la Infancia de la Junta de Castilla y León.</p> <p>El 85% de los PAP había detectado algún caso de maltrato infantil durante su vida profesional. De los detectados en el último año, casi todos los PAP (81%) refieren haberlo notificado. Los que no lo hicieron (11 PAP) refieren, como causa más frecuente para no hacerlo, la falta de certeza que el maltrato se estuviera produciendo (4 PAP) y que el caso no era lo suficientemente grave para notificarlo (3 PAP). Un 82% de los encuestados consideran como buena la actuación de sus compañeros de Trabajo Social del centro de salud mientras que más de la mitad (58%) estiman como adecuada la actuación de los Servicios Sociales.</p> <p>En relación a la coordinación con el hospital de referencia, la mitad de los PAP (49%) refieren que no se les comunica los casos detectados en Atención Hospitalaria (más frecuente en Burgos, Segovia y Zamora) y 10 indican que son ellos los que tienen que notificar estos casos.</p> <p>CONCLUSIÓN.- Los PAP de Castilla y León conocen la existencia del protocolo objeto de estudio aunque sigue habiendo confusión acerca del procedimiento de actuación según la gravedad del caso. Es mejorable la formación sobre dicho protocolo, la coordinación con Atención Hospitalaria y la percepción que se tiene de la actuación de los Servicios Sociales.</p>
--------	----------	---

R-0013	Primaria	<p>PERCEPCIÓN DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SU RELACIÓN CON LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA.</p> <p>Alberola López S, Casares Alonso I, Colinas Herrero JF, Garrido Redondo M, Pellegrini Belinchon FJ, Pérez García I. Pediatras de Atención Primaria. SACYL.</p> <p>Introducción y objetivos: El objetivo de este trabajo es conocer la percepción que tienen los pediatras de Atención Primaria (PAP) de su relación con la pediatría hospitalaria.</p> <p>Población y métodos: Se pidió la colaboración de los pediatras de Atención Primaria en una encuesta elaborada para conocer la relación entre niveles asistenciales en las 11 áreas sanitarias de Castilla y León.</p> <p>Resultados: Se recogió una muestra de 134 pediatras (84% mujeres). El 64% tiene 15 años de experiencia en Pediatría de Atención Primaria. El 77% trabajan como pediatras de equipo, y el 64% en centros urbanos. El 43% atiende a un número de tarjetas entre 800-999. El 44% son tutores de apoyo y el 24% colabora en la formación de estudiantes de medicina.</p> <p>La siguiente tabla muestra un resumen de algunos epígrafes de la encuesta.</p> <table border="1" data-bbox="336 757 1362 1346"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Percentiles</th> </tr> <tr> <th>Cómo percibimos la relación entre los pediatras de AP y del hospital:</th> <th>25</th> <th>50</th> <th>75</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Conoces personalmente a pediatras de Atención Especializada?</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>¿Te sientes examinado?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>¿Te sientes tratado de igual a igual?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para las urgencias?</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para pacientes ingresados?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para pacientes de consultas externas?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4,5</td> </tr> <tr> <td>¿Existe responsabilidad compartida en seguimiento de pacientes?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>¿Existe retorno de información?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>¿Se realizan reuniones conjuntas?</td> <td>1,75</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Existe una importante variación entre las distintas áreas sanitarias.</p> <p>Conclusión: La relación entre niveles es aceptable en su conjunto con importantes diferencias entre áreas sanitarias.</p>		Percentiles			Cómo percibimos la relación entre los pediatras de AP y del hospital:	25	50	75	¿Conoces personalmente a pediatras de Atención Especializada?	3	4	5	¿Te sientes examinado?	1	2	3	¿Te sientes tratado de igual a igual?	2	3	4	¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para las urgencias?	3	4	5	¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para pacientes ingresados?	2	3	5	¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para pacientes de consultas externas?	2	3	4,5	¿Existe responsabilidad compartida en seguimiento de pacientes?	1	2	3	¿Existe retorno de información?	1	2	3	¿Se realizan reuniones conjuntas?	1,75	2	4
	Percentiles																																													
Cómo percibimos la relación entre los pediatras de AP y del hospital:	25	50	75																																											
¿Conoces personalmente a pediatras de Atención Especializada?	3	4	5																																											
¿Te sientes examinado?	1	2	3																																											
¿Te sientes tratado de igual a igual?	2	3	4																																											
¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para las urgencias?	3	4	5																																											
¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para pacientes ingresados?	2	3	5																																											
¿Tienes facilidad de contacto con los pediatras para pacientes de consultas externas?	2	3	4,5																																											
¿Existe responsabilidad compartida en seguimiento de pacientes?	1	2	3																																											
¿Existe retorno de información?	1	2	3																																											
¿Se realizan reuniones conjuntas?	1,75	2	4																																											

R-0076	Infecto	<p>IMPACTO DE UNA ACCIÓN DE MEJORA SOBRE LA ADECUACIÓN DEL TIEMPO DE ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA.</p> <p><i>Segovia Molina I., Granda Gil E., Vegas Álvarez A., Pérez Gutiérrez E., Velasco Zúñiga R.</i></p> <p><i>Hospital Universitario Río Hortega, Servicio de Pediatría. Valladolid.</i></p> <p>Introducción y objetivo.</p> <p>Dos de las dimensiones básicas de la calidad son la eficiencia y la atención centrada en el paciente. En este sentido, reducir el tiempo de ingreso al mínimo imprescindible debe ser un objetivo para los pediatras. En 2019 se analizó la adecuación de la duración del tratamiento antibiótico intravenoso en pacientes pediátricos hospitalizados de un servicio de pediatría, objetivando una duración excesiva del tratamiento en una alta proporción de los pacientes, por lo que se decidió realizar una acción formativa en el servicio, que incluyó la presentación de nuestros resultados, así como la puesta en conocimiento de la Evidencia Científica actual sobre el tema. El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de dicha acción formativa en la adecuación del tiempo de antibioterapia intravenosa.</p> <p>Métodos.</p> <p>Estudio retrospectivo observacional que incluye pacientes menores de 14 años ingresados en un hospital secundario que recibieron tratamiento antibiótico intravenoso. Para el objetivo principal se comparó la adecuación a las recomendaciones sobre antibioterapia intravenosa publicadas por McMullan et al (<i>Lancet Infect Dis, 2016</i>) en el periodo anterior a la acción formativa, desde el 1/1/2013 al 31/07/2018 con el periodo posterior. La formación se impartió el 09/04/2019, y se analizaron los pacientes ingresados entre el 01/05/2019 y el 18/02/2021).</p> <p>Resultados. Se incluyeron 310 pacientes en la muestra preintervención y 126 en la postintervención. La media de edad fue de 44,5 meses (DE 47,0), y 246 (56,4%) fueron varones, sin diferencias entre las dos cohortes. La mediana de días con antibiótico intravenoso fue de 5 días (RIC 4-7 días) en la preintervención y de 4 días (RIC 3-6 días) en la postintervención. Se mantuvo tratamiento antibiótico intravenoso un tiempo superior al recomendado en 258 (83,2%) pacientes en la preintervención y en 67 (53,2%) pacientes en la postintervención ($p < 0,01$). La media de días de exceso de tratamiento antibiótico IV disminuyó de 3,1 (DE 3,2) en el periodo preintervención a 1,3 (DE 2,4) en el post ($p < 0,01$).</p> <p>Conclusión. Una acción de mejora consistente en una formación clínica aumentó de manera significativa la adecuación de la duración del tratamiento antibiótico intravenoso a pacientes hospitalizados.</p>
--------	---------	--

R-0102	Hemato	<p>RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA DURANTE EL CONFINAMIENTO.</p> <p><u>Patricia Rodríguez Lorenzo</u>, Andrea Álvarez Álvarez, Sandra Rodríguez Fernández, Marta Pérez Alba, Helena Fernández Rodríguez, Julia Alvargonzález Fernández, Sara Baruque Rodríguez, Laura Míguez Martín. Hospital de Cabueñes. Servicio de Pediatría. Gijón.</p> <p>INTRODUCCIÓN</p> <p>El temor a la infección por COVID-19, junto con las restricciones de movilidad y la reorganización de la asistencia sanitaria, han condicionado la atención a los pacientes oncológicos. El periodo de confinamiento domiciliario ha supuesto un retraso en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías graves.</p> <p>CASOS CLÍNICOS</p> <p>Presentamos una serie de 6 casos de tumores hemato-oncológicos diagnosticados en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital entre Mayo y Junio del 2020 (fase de desescalada del confinamiento domiciliario): dos leucemias agudas, un tumor de Ewing, dos tumores cerebrales y un teratoma. Se objetivó un descenso del número de consultas en urgencias de pediatría durante estos dos meses respecto al año previo (937 vs 3064 respectivamente). El 50% de nuestros pacientes eran mujeres y la edad media en el momento de consulta era de 7 años. En cuanto a la sintomatología, todos consultaban por dolor excepto uno de los casos cuyo motivo de consulta fue fiebre persistente. El tiempo medio desde el inicio de la clínica hasta la consulta en un centro sanitario fue de 36.6 días. En total, 4 niños habían consultado previamente a su pediatra de atención primaria. Dentro de este grupo, todos fueron dados de alta con tratamiento (40% con antibioterapia y 60% con analgesia pautada). Sólo uno de nuestros pacientes había acudido a un centro hospitalario en dos ocasiones antes del diagnóstico.</p> <p>CONCLUSIONES</p> <p>La limitación de acceso a los centros sanitarios probablemente ha provocado que las enfermedades “no COVID”, como es el caso de los enfermos oncológicos, sufran una demora en el diagnóstico y tratamiento de su patología. Este hecho, unido al miedo de las familias a consultar por la situación epidémica del momento, podría suponer un impacto negativo en el manejo y supervivencia de la enfermedad.</p>
--------	--------	--

R-0068	Hemato	<p>TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA: SEMEJANTE INICIO, DIVERSO FINAL.</p> <p><i>Llorente Sanz B, Espinoza Leiva A, , Gutierrez Zamorano M, Cenzano Ruiz S, Goez Sanz C, Moreno Carrasco JL, Herráz Cristobal R, Gonzalez García H.</i></p> <p>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Pediatría. Valladolid.</p> <p>OBJETIVOS: Analizar las características clínicas, epidemiológicas y analíticas del diagnóstico de la Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI), así como su evolución y resolución. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de pacientes diagnosticados de PTI en 2015-2020. Los resultados se expresan con la mediana (Me) y rango intercuartílico. Se valoraron datos demográficos, clínica, necesidad de ingreso, tratamiento y respuesta a este, Recuento Plaquetario (Rq) al diagnóstico, tras tratamiento y al alta. Se clasificaron según Protocolo SEHOP en reciente (R) menor de 3 meses, persistente (P) 3-12 meses y crónica (C) más de 12 meses, según tiempo hasta Remisión Completa (RC).</p> <p>RESULTADOS: N de la muestra: 15 pacientes. Me edad: 6,8 años (2-10). Me tiempo de clínica previa consulta médica: 20 días (2-30). 46% (n=7) derivados desde Atención Primaria. Clínica: sangrado cutáneo 33% (n=5), mucoso 27% (n=4) y activo 40%(n=6) con una Me Rq de 21,000 (17,000 – 28,000), 7000 (2,000- 11,000) y 10,000 (6,000-20,000), respectivamente. Descrita infección previa en un 27% (n=4). Un 93% (n=14) presentó un Rq menor de 30.000 plaquetas, (Me Rq 13.000) siendo ingresados para tratamiento y control. Me de estancia: 4 días (2,5-5). El tratamiento pautado varió en función del tipo de sangrado y el Pq, precisando administración de Inmunoglobulina un 28% (n=4), corticoterapia un 21% (n=3), ambos 14% (n=2), observación 28% (n=4) y sólo una paciente transfusión de plaquetas. Respeto a la calidad de la respuesta del tratamiento, un 72%(n=10) presentó respuesta. Me Rq al alta: 189.000 (137,500- 251,000). Finalmente, tras un tiempo de seguimiento de 4,2 años (2,2-6) fueron clasificados de PTI R un 28% (n=4), P 5% (n=1) y C 67% (n=10). Se analizó los datos unificando R y P en RP versus C. Edad de presentación: RP 6 años (1-10,4) y C 8,5 (2,5-10). Sexo: varones RP 60%(n=3) y C 40%(n=4), mujeres RP 40% (n=2) y C 60%(n=6).Tiempo de clínica previa consulta en días: RP 2 (1-16,5) y C 25,5 (8,5-75). Clínica: cutánea RP 40% (n=2) y C 30%(n=3), mucosa RP 40% (n=2) y C 40% (n=4) y activo RP 30% (n=1), C 30% (n=3). Antecedente infeccioso: RP 40% (n=2) y C 20% (n=2). Rq al diagnóstico: RP 17,000 (11.000-21,000), C 12,500 (4000-25,000). Tiempos de evolución hasta obtener RC: _R (n=4) 28,5 días (7-56), P (n=1) 7 meses, C 31 meses (RI 19-36.5), lo que supone un 50% (n=5) de las C, de los cuales 80% son varones. Un 50% de las C no presentan RC actualmente, con tiempo de evolución: 5 años (RI 3-5 años), el 100% son mujeres (n=5).</p> <p>CONCLUSIONES: El diagnóstico de la PTI es de exclusión. Cursa con sintomatología secundaria a la trombopenia, que no se relaciona estrictamente con el recuento plaquetario. Su tratamiento debe guiarse por la clínica, generalmente con buena respuesta, provocando ingresos de corta duración y resolución de la clínica al alta. Prevalece el sexo femenino en la PTI Crónica y de difícil resolución.</p>
--------	--------	--

R-0086	Cardio	<p>LA CARA OCULTA DE LA PANDEMIA: EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CARDIOPATÍAS POTENCIALMENTE GRAVES</p> <p>Roux Rodríguez Ana, Benito Clap Elena, Pablos López Alicia, Morales Moreno Ana, Arroyo Ruiz Ramón, Domínguez Manzano Paula, Plata Izquierdo Beatriz. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Servicio de Pediatría, Salamanca.</p> <p>Polo De Dios María. Centro de Salud Zamora Sur, Servicio de Pediatría, Zamora.</p> <p>INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pandemia por SARS-CoV-2 ha trastocado todos los aspectos de la atención médica. Es de esperar una reducción en el número de revisiones del niño sano en los Centros de Atención Primaria y de las consultas especializadas en los hospitales. Por ello se plantea que puede haber un retraso en la detección precoz de cardiopatías congénitas potencialmente graves, las cuales se beneficiarían de una intervención temprana. A raíz de un caso de detección tardía de una paciente con una cardiopatía compleja se plantea el análisis retrospectivo de la asistencia a consultas.</p> <p>MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional donde se han incluido todos los pacientes valorados en Consultas de Cardiología Infantil de un hospital universitario terciario. Los datos recogidos están agrupados entre febrero de 2019 y febrero de 2020, época previa a la pandemia, y el mismo periodo del año siguiente, es decir, tras el inicio de la pandemia.</p> <p>RESULTADOS: Durante el segundo periodo se vieron un total de 1717 pacientes frente a los 2160 del primer periodo, es decir un 20% menos durante la pandemia. Principalmente debido a la disminución de nuevos pacientes (un 35,4% menos). Aumentó el número de pacientes vistos en consulta sin cita programada en un 48% y el número de pacientes que no acudieron a la cita en un 19,6%. Destaca un aumento del número de consultas telefónicas en un 95,3%.</p> <p>CONCLUSIONES: Aunque la infección por SARS-CoV-2 ha acaparado toda la atención médica y mediática, no podemos olvidarnos de que las enfermedades que han estado siempre entre nosotros continúan existiendo. La demora en el diagnóstico de cardiopatías congénitas graves puede suponer la aparición de complicaciones, incluyendo el fallecimiento del paciente. Todas ellas son potencialmente evitables con un adecuado y temprano abordaje terapéutico. En cuanto al caso clínico, se demoró el diagnóstico de ventrículo derecho de doble salida y estenosis pulmonar de esta paciente en 7 meses y posteriormente la corrección quirúrgica del mismo en 4 meses dada la saturación hospitalaria de aquel momento. Es imprescindible que los pediatras de Atención Primaria continúen su labor de revisión del niño sano, promoviendo su importancia entre la población general y asegurando la seguridad para aquellos padres que teman acudir a un centro sanitario en el contexto actual.</p>
--------	--------	--

R-0145	Cardio	<p><u>REVISIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN</u></p> <p>Alicia Pérez Pérez, Clara González López, Celia Vicente Martínez, Daniel Alonso Losada, Mónica Viejo Díaz, Bárbara Fernández Barrio, M Aleida Ibáñez Fernández, Noelia García González.</p> <p>Hospital Universitario Central de Asturias. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Oviedo.</p> <p><u>Objetivos:</u> Analizar las cardiopatías congénitas más frecuentemente presentes en pacientes con síndrome de Down (SD). Se estudiaron también otras patologías relacionadas y la existencia de factores de riesgo asociados a este síndrome.</p> <p><u>Material y métodos:</u> Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de SD menores de 14 años controlados en un Hospital de Tercer nivel desde junio de 2014 hasta enero de 2021. Se analizó la presencia de factores de riesgo (edad de los padres, fecundación in vitro (FIV), antecedentes familiares y consanguinidad), cardiopatías congénitas y otras comorbilidades frecuentemente asociadas.</p> <p>Los datos se extrajeron de las historias clínicas de los pacientes y fueron procesados con el programa estadístico SPSS.</p> <p><u>Resultados:</u> Se incluyeron 32 pacientes, 11 mujeres y 21 varones.</p> <p>La edad materna media fue de 32,6 años y la paterna de 34 años. Tres pacientes procedían de gestaciones por (FIV) y en dos de ellos existían antecedentes familiares. Ninguno presentaba antecedentes de consanguinidad.</p> <p>El test combinado del primer trimestre estuvo alterado en 7 pacientes (21,9%), siendo normal en 13 de ellos (40,6%).</p> <p>El 81,3% de los pacientes presentó cardiopatías congénitas, siendo las más frecuentes Comunicación interauricular (CIA) (12, 37,5%), Foramen Oval Permeable (FOP) (8, 25%), Ductus arterioso persistente (DAP)(7, 21,9%), canal aurículoventricular (CAV) (5, 15,6%) y tetralogía de Fallot (2, 6,3%). Siete de ellos precisaron intervención quirúrgica.</p> <p>Se registró hipoacusia en 4 pacientes, síndrome de apnea/hipopnea del sueño en 6 pacientes, alteraciones hematológicas en 4 pacientes y epilepsia en 3.</p> <p><u>Conclusiones:</u> No se encuentra asociación entre los factores de riesgo estudiados y el SD en esta muestra.</p> <p>El SD se asocia con frecuencia a cardiopatías congénitas, que además condicionan el pronóstico de los pacientes, por lo que es importante realizar un despistaje en ellos para lograr un diagnóstico precoz. Asimismo, también es recomendable realizar estudio genético en neonatos con cardiopatías debido a su asociación con numerosos síndromes genéticos.</p> <p>Además, el SD se asocia frecuentemente a otras patologías, especialmente del área oftalmológica, otorrinolaringológica y hematológica.</p>
--------	--------	---

R-0016

Endo

¿DIFICULTA LA ENFERMEDAD CELIACA EL CONTROL DE LA DIABETES EN PEDIATRÍA?

Hospital Universitario Central de Asturias. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Oviedo. Alicia Pérez Pérez, Olaya Huergo Fernández, Irene Alberdi Brea, Alba Megido Armada, Clara González López, Rebeca García García, Juan Pérez Gordón, Isolina Riaño Galán.

Objetivos: Analizar la influencia de enfermedad celiaca (EC) en el control de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en pacientes que presentan ambas patologías; así como describir la frecuencia de dicha asociación y las características clínicas en cada uno de los grupos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes pediátricos con DM1 controlados en un hospital de tercer nivel en Diciembre de 2020. Se analizó cuántos de ellos presentaban EC y se valoró el control diabético en ambos grupos comparando la HbA1C anual, el tiempo en rango (TIR) y el coeficiente de variación (CV). Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes y procesados con el programa estadístico SPSS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes con DM1, 49% varones, con una edad media al debut de 6,8 años. Siete pacientes (7,3%) presentaban además EC (5 mujeres). En 4 de ellos ambas patologías debutaron en el mismo año, mientras que en los otros 3 fue previo el diagnóstico de EC. En la Tabla 1 se compara la edad al debut de la DM1 entre ambos grupos.

Dentro de los pacientes con DM1 sin EC, el 44,3% presentó una $HbA1C \leq 7\%$, el TIR medio fue de 58,9% y el CV medio de 36,97%. Entre los 7 pacientes celíacos, 3 tenían una HbA1C anual ≤ 7 , el TIR medio fue de 54,8% y el CV medio de 36,3%. En la Tabla 2 se pueden ver estos datos en función del valor de la HbA1C.

Conclusión: La edad de debut de la DM1 es inferior en los pacientes con EC, pero no se objetiva que el control de la DM1 sea peor en ellos.

Es importante realizar un cribado de EC en pacientes con DM1 para conseguir un diagnóstico precoz y obtener un control óptimo de ambas patologías.

Tabla 1

	DM1			DM1 + EC		
	HbA1C ≤ 7	HbA1C 7-7,5	HbA1C $>7,5$	HbA1C ≤ 7	HbA1C 7-7,5	HbA1C $>7,5$
Total pacientes	39	19	30	3	1	3
CV	33,2	37,7	38,8	36,3	31,8	37,4
TIR (%)	72,2	57,9	43,3	62,3	66	43,6

Tabla 2

Edad Debut (años)	DM + EC (%)	DM (%)
0-5	3 (42,8)	31 (35,2)
6-11	4 (57,1)	43 (48,8)
≥ 12	0	13 (14,7)

R-0079

Endo

¿INFLUYEN LOS HLA EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1?

Alicia Pérez Pérez, Irene Alberdi Brea, Olaya Huergo Fernández, Alba Megido Armada, Rebeca García García, Begoña Mayoral González, Juan Pérez Gordón, Isolina Riaño Galán.

Área de Gestión clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos: Analizar el control de la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en función de los HLA. Conocer si existen diferencias en la expresión de los HLA en pacientes con DM1 y enfermedad celíaca (EC) con respecto a los pacientes que solo presentan DM1.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes pediátricos diagnosticados de DM1 controlados en un hospital de tercer nivel en Diciembre de 2020.

Se analizó la expresión de los diferentes HLA en cada uno de ellos y la edad de debut. Para valorar el control diabetológico se recogieron los valores de la HbA1C anual y el tiempo en rango (TIR), es decir, el porcentaje de tiempo con valores de glucemia entre 70-180 mg/dL.

Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes y procesados con el programa estadístico SPSS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación.

Resultados: Se analizaron 95 pacientes con DM1, 51% mujeres, con una media de edad al debut de 6,8 años. Siete de ellos padecían además EC.

	HLA DQ2+	HLA DQ8+	HLA DQA1+	HLA DQB1+	HLADQ2/ DQ8+	HLADQA/ DQB1
Edad media al debut (años)	6,8	6,4	4,1	4,2	6,7	4,3
HbA1C anual media (%)	7,7	7,3	7,8	7,6	7,5	7,8
TIR medio (%)	47,9	58,6	51,9	54,2	55,8	49,2
CV medio (%)	38	37,2	38	36	37,1	38,4

La edad al debut de la DM1 fue inferior en pacientes HLADQA1 (4,1 años) o DQB1(4,2 años) positivos en comparación con aquellos que expresaban HLADQ2 (6,8 años) o DQ8 (6,4 años).

Los pacientes con HLADQ8+ presentan valores más bajos de HbA1C anual y mayor TIR que el resto, entre los cuales no se encuentran grandes diferencias.

HLADQ2 fue el HLA expresado con mayor frecuencia entre los pacientes con EC, siendo positivo en 6 de los 7 sujetos pertenecientes a este grupo, HLADQA1 y HLA DQB1 fueron positivos en dos pacientes y HLA DQ8 en un paciente.

Entre los 88 pacientes con DM sin EC, el HLA más frecuentemente positivo fue HLADQ8 (positivo en 39 pacientes, 44,3%), seguido de HLADQ2 (positivo en 33 pacientes, 37,5%), HLA DQA1 y DQB1 (positivos en 10 pacientes, 11,4%) y 10 (11,4%) pacientes tenían HLA negativos.

Conclusiones: La edad al debut es inferior en pacientes con expresión de HLADQA1/DQB1. Los pacientes con expresión de HLADQ8 parecen tener un mejor control diabetológico. HLADQ2 es el HLA más frecuentemente expresado entre los pacientes con EC, siendo el HLADQ8 el más expresado entre los pacientes con DM1 sin EC.

R-0154	Endo	<p>ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.</p> <p><i>Margarita Castro Rey, Sheila Cenzano Ruiz, Daniela Romero Espinoza, Manuel Carazo Valencia, Pilar Bahillo Curieses</i></p> <p>Introducción</p> <p>La hormona de crecimiento (GH) es un polipéptido secretado por la adenohipófisis encargado de la regulación central del crecimiento y del metabolismo. Existen distintas patologías en las cuales en España se ha aprobado el tratamiento con GH recombinante, como son: el déficit de GH (DGH), el síndrome de Turner, la insuficiencia renal crónica, el síndrome de Prader-Willi, pequeño para edad gestacional (PEG), el hipocrecimiento por alteración del gen SHOX y el síndrome de Noonan.</p> <p>Objetivos</p> <p>Analizar las características de los pacientes pediátricos en tratamiento con GH seguidos en la Consulta de Endocrinología en un hospital de tercer nivel en los últimos 5 años.</p> <p>Material y Métodos</p> <p>Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes en tratamiento con GH. Se analizaron estadísticamente los datos considerando significativo un valor $p < 0,05$. Se obtuvieron 72 pacientes, siendo excluidos 12 por ausencia de datos en el seguimiento.</p> <p>Resultados</p> <p>60 pacientes fueron estudiados (48.3% varones y 51.7% mujeres). Las principales indicaciones de tratamiento: DGH 60%, PEG 18,3%, alteraciones gen SHOX 3%, fuera de indicación 6,7%, síndrome de Turner 5% y un 1,7% de tratamientos privados. El 73,3% eran prepuberales al inicio del tratamiento con una edad media de 7.58 ± 3.8 años. La dosis media de comienzo del tratamiento fue de 0.037 ± 0.008 mg/kg/día. Se determinaron los niveles de IGF-1 en todos los pacientes siendo inferiores en aquellos con DGH: 69.68 ± 50.47 ng/ml. Los pacientes que comenzaron el tratamiento con una mayor edad ósea y cronológica fueron aquellos con alteraciones del gen SHOX y los tratados fuera de indicación, situándose en el polo opuesto aquellos con indicación por PEG. Presentaban mayor afectación de la talla previo al inicio del tratamiento los niños con DGH y los tratados fuera de indicación, mientras que se encontraba más preservada en el síndrome de Turner y las alteraciones del gen SHOX ($p < 0.05$). Se produjo un aumento de la velocidad media de crecimiento de 4.79 ± 1.49 cm/año previamente a 9.44 ± 1.65 cm/año al finalizar el primer año, con un incremento medio de talla en desviaciones estándar de 0.87 ± 0.44. No se produjeron efectos adversos relevantes.</p> <p>Conclusiones</p> <p>La indicación más frecuente de tratamiento fue el DGH similar a lo descrito. Todos los casos presentaron criterios de buena respuesta al año de inicio del tratamiento, evidenciándose una talla en rango de la normalidad para su edad y sexo en aquellos que finalizaron el mismo.</p>
--------	------	---

R-0106	Endo	<p>MANEJO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW. REVISIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL ÚLTIMO AÑO.</p> <p>Complejo Asistencial Universitario Salamanca, Servicio de Pediatría, Salamanca</p> <p>Garrido-Martín, María; Hernández-Pinchete, Sara; Martín-Valbuena, Jesús; Mosquera-Froufe, Mario; Mateos-Polo, Miryam; Bajo-Delgado, Ana-Fe; Martín-Alonso, María-Montserrat; Prieto-Matos, Pablo.</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>Describir una muestra de recién nacidos de madre con enfermedad de Graves-Basedow en el periodo comprendido entre el 01/01/2020 y el 31/12/2020 en un hospital de tercer nivel.</p> <p>Analizar el manejo neonatal de estos pacientes en la Unidad de Maternidad y Neonatología.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS</p> <p>Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de recién nacidos de madres con enfermedad de Graves-Basedow en diversos estadios diagnosticados entre el 01/01/2020 y 31/12/2020. Se han analizado diferentes variables destacando el número de casos, edad gestacional, sexo, antecedentes maternos y tratamientos recibidos, ecografías seriadas, estado tiroideo hormonal de la madre durante el embarazo, valores analíticos maternos y en el recién nacido, clínica neonatal y necesidad de ingreso, seguimiento y tratamiento. En relación a las alteraciones analíticas, se han considerado los valores de TSH, T3 libre, T4 libre y anticuerpos tiroideos como inmunoglobulina estimulante de tiroides (TSI) y antiperoxidasa tiroidea (TPO).</p> <p>RESULTADOS</p> <p>En el periodo estudiado se registraron ocho pacientes del total de recién nacidos, diagnosticados como hijos de madre con enfermedad de Graves-Basedow. No hubo diferencias en cuanto al sexo ni edad gestacional, ni se hallaron alteraciones ecográficas secundarias a patología tiroidea. Se clasificaron como de bajo o alto riesgo de desarrollo de hipertiroidismo neonatal transitorio en función de los niveles de anticuerpos TSI maternos (alto riesgo si TSI > 2 UI/L). Tres neonatos fueron catalogados como de bajo riesgo y no se les realizó analítica con función tiroidea tras el nacimiento. Se realizó analítica en los cinco casos restantes; en dos por ser considerados de alto riesgo y en tres de ellos por desconocimiento de valores de TSI maternos. Un único caso presentó clínica, consistente en taquicardia sinusal, y analítica compatible con hipertiroidismo neonatal, por lo que precisó ingreso en la unidad de Neonatología y tratamiento con metimazol, que se retiró al mes, normalizando valores analíticos a los dos meses de vida.</p> <p>CONCLUSIONES</p> <p>El hipertiroidismo neonatal transitorio producido por el paso transplacentario de anticuerpos TSI es una entidad poco frecuente pero que conlleva consecuencias importantes si no se diagnostica precozmente. Es imprescindible realizar una anamnesis exhaustiva en maternidad, dado que permite instaurar una actuación precoz en estos recién nacidos, conllevando una instauración más temprana del tratamiento y una mejoría del pronóstico.</p>
--------	------	--

R-0147	Gastro	<p>¿Está instaurado el <i>Baby Led Weaning</i> en nuestra sociedad?</p> <p>AUTORES: Paula Díaz García¹, Eva Fernández Moran¹, Luis Vega López¹, Beatriz Antomil Guerrero¹, Ainhoa Fernández López¹, María Fernanda García Díaz², Sandra Navarro Campo³, Carmen Mangas Sánchez².</p> <p>¹ Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias</p> <p>² Centro de Salud de Otero, Área IV, Oviedo</p> <p>³ Centro de Salud de Teatinos, Área IV, Oviedo</p> <p>INTRODUCCIÓN: La lactancia materna exclusiva es la alimentación ideal hasta los seis meses de vida, momento a partir del cual se debe de iniciar la alimentación complementaria (AC). En los últimos años, se está empezando a instaurar una nueva forma de AC conocida como “<i>Baby Led Weaning</i>” (BLW), o alimentación dirigida por el bebé, consistente en ofrecer alimentos no triturados que ellos mismos cogen con las manos, permitiendo que se adapten a las costumbres del domicilio, promocionando hábitos alimenticios saludables y estimulando el desarrollo psicomotor. Existe escasa evidencia respecto de su uso en España. El objetivo de nuestro estudio fue investigar la frecuencia y características del BLW en nuestro medio</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron lactantes de edades comprendidas entre los 12 y 15 meses de edad durante el periodo de estudio (1 de diciembre de 2020 a 1 de marzo de 2021) en 3 Centros de Salud urbanos de las ciudades de Gijón y Oviedo. Se realizó un cuestionario a los acompañantes del lactante a la revisión del niño sano. Se consideraron 3 tipos de AC: Ac tradicional, BLW y BLW mixto, en el que se ofrecen tanto alimentos sólidos como alimentos triturados. Los datos se describen como porcentaje.</p> <p>RESULTADOS: Se incluyeron 117 lactantes (53% mujeres). Un 15,4% realizaron una alimentación complementaria distinta a la convencional. De estos, un 22,2% realizaron BLW estricto y un 77,8 % BLW mixto. La mediana de edad de inicio de alimentación complementaria con BLW fue de 6 meses y ninguno de los lactantes con BLW inició la AC antes de los 5 meses. En ningún caso se inició la AC con cereales para lactantes, siendo el alimento más frecuentemente elegido para iniciarla la fruta, en el 50% de los casos.</p> <p>CONCLUSIONES: A pesar de que el BLW es una elección en auge, el porcentaje de padres que hoy en día se deciden por este método de alimentación es escaso. La alimentación complementaria en estos niños suele iniciarse a los 6 meses, con preferencia por alimentos distintos a los cereales para el inicio de esta.</p>
--------	--------	--

R-0060	Neo	<p><u>REVISIÓN DE RECIEN NACIDOS CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL</u></p> <p>Hospital Universitario Central de Asturias. Área de Gestión clínica de Pediatría¹. Cirugía Pediátrica². Oviedo.</p> <p>Alicia Pérez Pérez¹, Eugenia García Fernández¹, Clara González López¹, Ana I Elola Pastor¹, Belén Pontón Martino², Cristina Pérez Costoya², Silvia Martín Ramos¹, Gonzalo Solís Sánchez¹.</p> <p>Objetivos: Conocer la incidencia de ECN entre todos los recién nacidos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y entre los menores de 32 semanas de edad gestacional. Describir su forma de presentación, su tratamiento y evolución. Estudiar posibles factores pronósticos de mortalidad.</p> <p>Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de todos los casos atendidos en la Unidad de Neonatología del HUCA entre 01/01/2010 y 31/12/2018. Se creó una base de datos revisando las historias clínicas de los pacientes. Se estudiaron variables epidemiológicas y clínicas (edad gestacional (EG), peso al nacimiento (PN), sexo, edad y síntomas al diagnóstico, valores analíticos, complicaciones, tratamiento y mortalidad). Todos los datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS, realizando un análisis descriptivo y posteriormente un análisis multivariante tipo regresión logística binaria, para establecer qué variables se relacionaban con la mortalidad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Principado de Asturias</p> <p>Resultados: Se incluyeron in total de 27 casos de ECN (10 varones y 17 mujeres), de los cuales 12 nacieron en el HUCA, lo que supone una incidencia de 0,58 casos por cada 1000 neonatos vivos y 2,64 por cien de los prematuros menores de 32 semanas de EG. 23 casos fueron prematuros, siendo la EG media de 29 semanas (IC 95% 27-31 semanas). La media de edad al diagnóstico fue de 16 días. La clínica más frecuente fue distensión abdominal (88,9%), deterioro general (66,7%), intolerancia digestiva (37%) y sangre en heces (33%). El 63,0% de los pacientes (17 pacientes) recibieron tratamiento quirúrgico y la mortalidad fue del 37% (10 pacientes). La EG, PN, la PCT elevada y la hipotensión arterial durante la evolución fueron factores relacionados de forma estadísticamente significativa con la mortalidad. En el análisis multivariante, solo la hipotensión y la elevación de la procalcitonina (PCT) permanecieron como factores independientes relacionados con el éxitus.</p> <p>Conclusiones: La ECN es una enfermedad infrecuente, muy relacionada con la prematuridad, que presenta una elevada tasa de complicaciones y de mortalidad.</p>
--------	-----	--