

Inflamación extremidad inferior en recién nacido de 8 días de vida

L. Jiménez Royo, C. L. Trujillano Lidón, J. M. Romero de Ávila Montoya, M. P. Moreno Santos, O. Bueno Lozano, G. Rodríguez Martínez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 106]

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis neonatal es un cuadro infrecuente, pero de gran morbilidad si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoces. Es de características etiopatogénicas diferentes a otros grupos de edad. Está asociada a recién nacidos prematuros ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Su clínica es muy inespecífica y ante la mínima sospecha el tratamiento antibiótico intravenoso precoz es fundamental para disminuir complicaciones a corto y largo plazo.

CASO CLÍNICO

Recién nacido de 8 días de vida que motiva consulta por pseudoparálisis de la extremidad inferior izquierda de 4 días de evolución, con inflamación en la región de rodilla izquierda. Afebril. No presenta otros síntomas asociados. No existen factores de riesgo perinatal. Lactancia materna bien tolerada, curva de peso ascendente. Analítica con marcadores de infección negativos. Radiografía de extremidad con lesión cortical mínima. Se inicia tratamiento

empírico con antibioterapia intravenosa y se realiza gammagrafía ósea que identifica osteomielitis del fémur distal izquierdo. La evolución es favorable, permanece afebril y presenta clínicamente mejoría en inflamación y movilidad de extremidad en los primeros días de tratamiento intravenosos. Se le da de alta con seguimiento ambulatorio y finalizando oral.

COMENTARIOS

Es fundamental la identificación precoz de la osteomielitis neonatal para lograr una correcta evolución y minimizar complicaciones. Ante la mínima sospecha clínica se ha de iniciar antibioterapia intravenosa empírica, previa a extracción de muestras microbiológicas, ya que las pruebas de imagen a menudo son tardías e inespecíficas. El descenso de reactantes de fase aguda y la mejoría de la clínica son indicadores de buen pronóstico y permiten el paso a antibioterapia oral. Los recién nacidos con diagnóstico de osteomielitis aguda requieren un seguimiento multidisciplinar a largo plazo.

Estreptococo: ¿odinofagia o algo más?

L. Arlabán Carpintero, V. Fernández Ventureira, M. Bustillo, L. Andrés Zallo, C. Bardella Gil

Hospital Infantil, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 50: 107]

INTRODUCCIÓN

El estreptococo pyogenes es una bacteria que encontramos con frecuencia en la práctica clínica, que produce habitualmente faringoamigdalitis y en algunos casos escarlatina, pero ¿conocemos realmente todos los procesos que puede causar? Es fundamental tenerlos en cuenta, porque lo que no se conoce no se diagnostica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años con odinofagia acompañada de fiebre y erupción pruriginosa tratada con loratadina. Acude a urgencias por un cuadro de bronquitis con fiebre, persistiendo hipoxemia tras broncodilatación. Se realiza streptotest con resultado positivo, y radiografía de tórax que evidencia una neumonía con derrame asociado. Al drenarse, se detecta estreptococo en el líquido pleural. Se realiza un breve repaso de las infecciones y complicaciones causadas por esta bacteria.

¿Solo fiebre?

L. Belenguer Pola, E. Borque Navarro, N. Dadlani Dadlani, D. Pestana Gallardo, P. Collado Hernández

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 108]

INTRODUCCIÓN

En la edad pediátrica la fiebre prolongada en la mayoría de las ocasiones es una entidad autolimitada y benigna. Las enfermedades infecciosas constituyen la primera causa de la fiebre de origen desconocido en pediatría. La brucelosis es una de las zoonosis más extendidas en todo el mundo. Está considerada como una enfermedad de carácter ocupacional y es un problema de salud pública en muchos países en desarrollo. Todas estas razones justifican que la brucelosis sea una enfermedad de declaración obligatoria en España desde el año 1943. Desde la última década del siglo XX, la incidencia de la brucelosis humana ha sufrido una gran disminución en España.

CASO CLÍNICO

Escolar de 11 años derivado desde su centro de salud por fiebre diaria de 3 semanas de evolución de hasta 39,5 °C. Asocia artralgias, astenia y sudoración importante. Destacan como antecedentes familiares: tío paterno ingresado por cuadro febril. Familia procedente de Marruecos, que en abril de 2019 había viajado a dicho país, alojándose en

ámbito rural en contacto con animales. En el centro de salud, su pediatra realiza un estudio completo en contexto de fiebre prolongada, dando positivo en la prueba de rosa de bengala. Es derivado a Pediatría de HCU para continuar con estudio e iniciar tratamiento.

COMENTARIOS

Ante la fiebre prolongada es fundamental la realización de una historia clínica detallada y orientada, teniendo siempre en cuenta una completa exploración física. No debemos olvidar la gran importancia de una adecuada colaboración entre Atención Primaria y Hospitalaria.

La brucelosis debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales de la fiebre prolongada, siendo una enfermedad de declaración obligatoria. El tratamiento de la brucelosis requiere una pauta que estaba distintos antibióticos con acción intracelular de forma prolongada. El pronóstico es de curación, generalmente sin secuelas, en la gran mayoría de estos niños, por lo que un tratamiento precoz y un seguimiento adecuado disminuyen las posibles secuelas.

Poliuria, polidipsia y estupor: un caso de debut diabético con edema cerebral

D. Viguera Elías, L. López Fernández, A. Ibiricu Lecumberri, M. Kortabarria Elguero, P. Monfort Gil, B. Fernández Vallejo

Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 50: 109]

INTRODUCCIÓN

El edema cerebral es una complicación grave asociada al 1% de las cetoacidosis diabéticas (CAD). Supone una elevada morbi-mortalidad, por lo que se debe sospechar y manejar adecuadamente para minimizar las secuelas sobre los pacientes.

CASO CLÍNICO

Niño de 5 años, sin antecedentes de interés, que acude trasladado desde su centro de salud al servicio de urgencias por sospecha de debut diabético.

La familia refiere poliuria, polidipsia y vómitos de 15 días de evolución y, en las últimas horas, desorientación y habla incoherente.

A su llegada presenta cutis pálido-grisáceo con signos de deshidratación grave, relleno capilar >3 segundos, taquipnea de 70 lpm con dinámica de Cheyne-Stokes y

Glasgow 9/15 sin signos de focalidad; resto de exploración anodino. Glucemia 463 mg/dL y cetonemia 2,9 mmol/L.

En analítica de sangre se constata glucemia 502 mg/dL y pH <6,9 con bicarbonato indetectable. La TAC craneal objetiva obliteración de ventrículos laterales y disminución de surcos cerebrales, sugestivo de edema cerebral.

Se administra primer bolo de bicarbonato 1/2 M a 1 mEq/kg, que se repite tras persistencia de acidosis grave en control gasométrico; se administra carga de suero hipertónico 3% a 10 mL/kg en 30 minutos, con mejoría progresiva de exploración neurológica y se traslada a UCI pediátrica con medidas físicas de protección cerebral.

COMENTARIOS

La clínica neurológica en CAD alerta sobre la presencia de edema cerebral; se debe actuar rápidamente para confirmarlo e instaurar las terapias que eviten su progresión a estadios más graves.

Debut atípico de un FPIES: a propósito de un caso

L. López Fernández, I. García Muga, M. Salvá Arteaga, D. Viguera Elías, I. Sáenz Moreno, V. Jiménez Escobar

Servicio de Pediatría, Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 110]

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un debut precoz y atípico de la forma más severa de alergia a proteína de la dieta conocido como síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la dieta (FPIES).

CASO CLÍNICO

Lactante de 35 días, presenta deposiciones líquidas incontables de 24 horas de evolución. Lactancia artificial exclusiva. Mal estado general, letárgica, hipoperfundida, mucosas secas, signo del pliegue, peristaltismo aumentado. T.^o: 38,4 °C; FC: 182 lpm; TA: 50/30 mmHg; pH: <7; sodio: 151 mmol/l; PCR: 87 mg/L; PCT: 1,39 mmol/L. Tras dos expansiones con SSF (20 ml/kg), corrección con bicarbonato e inicio cefotaxima presenta mejoría.

Reintroducción progresiva de alimentación enteral habitual persistiendo pérdidas digestivas aumentadas que no permiten retirar fluidoterapia endovenosa, sin mejoría con fórmula sin lactosa. Estudios microbiológicos fecales negativos. Ante sospecha de intolerancia alimentaria se

inicia alimentación con fórmula elemental y se objetiva mejoría clínica. Aumento de grasas en heces con elastasa fecal indetectable, iniciando tratamiento con enzimas pancreáticas y vitaminas liposolubles.

Tras ingesta accidental de PLV, presenta vómitos profusos, diarreas y signos de *shock* hipovolémico, clínica compatible con FPIES a PLV. Precisa soporte nutricional parenteral por desnutrición. Posteriormente se reinicia alimentación con fórmula elemental y se consigue recuperación clínica completa y ganancia ponderal adecuada, manteniendo enzimas pancreáticas por persistencia de esteatorrea.

COMENTARIOS

La alergia a proteínas de leche de vaca constituye la alergia alimentaria más frecuente en lactantes. El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la dieta es una forma severa y poco frecuente de APLV no-IgE mediada, cuyo diagnóstico se basa en la historia clínica y la prueba de exclusión-provocación.

Efectos de la pandemia COVID-19 en el cumplimiento del calendario vacunal

Á. Baeta Ruiz, N. García Sánchez, S. Duce Camacho, C. Alejandro Alonso, P. Llorente Fauro, N. Mithumal Dadlani Dadlan

Centro de Salud Delicias Sur (Sector III Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 50: 111]

INTRODUCCIÓN

La efectividad de un programa de vacunación depende, entre otras cosas, de la cobertura vacunal alcanzada. Durante el estado de alarma, se priorizó la administración de vacunas a embarazadas, lactantes hasta los 15 meses (especialmente las vacunas de los 2 y 4 meses) y pacientes en grupos de riesgo. A pesar de las recomendaciones del Consejo Interterritorial del SNS y del Comité Asesor de Vacunas de la AEP, varias comunidades autónomas han comunicado una reducción de la administración de vacunas en los grupos indicados.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es valorar los efectos del estado de alarma en el cumplimiento del calendario vacunal en nuestro centro de salud, según las recomendaciones de priorización emitidas por el Comité Asesor de Vacunas de la AEP el 15 de marzo y por el Consejo Interterritorial del SNS para la administración de vacunas durante la COVID-19.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han analizado las vacunas administradas en el Centro de Salud Delicias Sur en niños con edades comprendidas entre los 2 y los 15 meses, durante una fase del período del estado de alarma. Se ha obtenido un listado de los pacientes entre 2 y 15 meses incluidos en la cartera de servicios de nuestro centro de salud. Se calculó la cobertura vacunal de cada una de las vacunas para 140 niños de estas edades y se comparó con la cobertura vacunal

en otras CCAA de España. Resultó complicado obtener datos de las vacunas no financiadas administradas durante dicho período, por lo que, de momento, no se ha estudiado su cobertura.

RESULTADOS

COBERTURA VACUNAL EN EL CS DELICIAS SUR DURANTE EL ESTADO DE ALARMA						
VACUNAS ADMINISTRADAS / SUSCEPTIBLES DE VACUNACIÓN	2m	4m	11m	12m	15m	TOTAL
n VACUNADOS	26	21	21	15	16	99
n SUSCEPTIBLES DE VACUNACIÓN	28	24	32	27	29	140
COBERTURA	92,86%	87,50%	65,63%	55,56%	55,17%	70,71%

Se aprecia una importante reducción de la cobertura vacunal en todas las vacunas, que es mayor en las vacunas de los 11, 12 y 15 meses.

CONCLUSIONES

A pesar de haber mantenido la administración de vacunas hasta los 15 meses, la cobertura vacunal se ha reducido notablemente durante el estado de alarma, posiblemente por el miedo por parte de las familias a acudir al centro de salud, ya que el servicio permaneció disponible. Esto nos ha permitido establecer estrategias de recaptación en nuestro centro que, sin disponer actualmente de datos concretos, está siendo muy satisfactoria y prevemos conseguir una cobertura vacunal similar a la de años anteriores.

Cuidados paliativos y Atención Primaria. Una colaboración necesaria

I. Antoñanzas Torres, J. Galbe Sánchez-Ventura, P. Mainer Sanmartín, C. Villanueva Rodríguez, B. Babiano Castellanos

Centro de Salud Torrero la Paz, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 112]

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la mortalidad infantil ha descendido, pero la prevalencia de enfermedades incurables ha aumentado. Aragón es una comunidad con un territorio extenso y densidad de población muy baja, por lo que, para conseguir unos cuidados paliativos de calidad los 365 días del año, es necesario el trabajo en equipo entre los servicios de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) y de Pediatría de Atención Primaria (PAP). A propósito de un caso, se muestran los diferentes pasos que se han seguido para mejorar la calidad de vida de nuestro paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 8 meses afecto de miopatía de debut neonatal, enfermedad grave caracterizada por hipotonía, que permanece ingresado durante sus primeros 8 meses de vida, requiriendo respiración asistida, gastrostomía y alimentación con fórmulas enterales. Es dado de alta del

hospital de referencia, en 2017, momento en el cual no existía unidad de CPP. Desde el centro de salud, tras contactar con el hospital de referencia, se programa atención domiciliaria semanal con enfermera experimentada. Se realiza vacunación ampliada, cuidado de gastro y traqueostomía, además de solicitar fisioterapia y atención temprana a domicilio. Se establece contacto con la trabajadora social. Una vez abierta la unidad de CPP del hospital, se realizan visitas conjuntas de seguimiento. También ha sido atendido a domicilio por el servicio de pediatría de hospital emisor donde nació y de otros profesionales como musicoterapeutas.

COMENTARIOS

La PAP es muy adecuada para coordinar los cuidados paliativos básicos, priorizar medidas, acompañar y asesorar a la familia y al niño y debe coordinarse con la unidad de CPP cuando estos sean más complejos o refractarios.