

Impacto de la COVID-19 en la planta de Pediatría de un hospital comarcal

P. M.^a Barberá Pérez, M. Tirado Melero, E. Faci Alcalde, I. Baquedano Lobera, J. Sorribes i Estorch, P. Lalaguna Mallada

Hospital de Barbastro. Huesca

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 51: 106]

INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) surgió en diciembre de 2019 en Wuhan, China. Tras el brote inicial, la enfermedad se propagó rápidamente por todo el mundo. Los niños se infectan en una proporción parecida a los adultos y con patrones de transmisión similares, pero no suelen desarrollar las formas pulmonares típicas de los adultos y, frecuentemente, sus síntomas son más leves. Sin embargo, un pequeño porcentaje puede evolucionar de forma grave precisando, incluso, ingreso en unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

OBJETIVOS

Tras más de un año desde el inicio de esta nueva enfermedad, continúa habiendo muchas incógnitas relacionadas con ella, por lo que creemos importante comunicar nuestra experiencia desde el punto de vista de un hospital comarcal.

PACIENTES Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 ingresados en la planta de Pediatría del Hospital de Barbastro desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021. Se ha recogido el motivo y la duración del ingreso, la sintomatología asociada, el tratamiento aplicado y la edad y sexo de los pacientes. En todos ellos se inició estudio de contactos y se permitió acompañamiento por, al menos, uno de sus progenitores.

RESULTADOS

Durante este periodo de trece meses han sido ingresados un total de nueve pacientes con COVID-19. Cuatro de ellos (4/9, 44,4%) eran varones y cinco mujeres (5/9,

55,6%). El primer ingreso con este diagnóstico tuvo lugar en julio de 2020. La edad de los pacientes fue de entre 2 meses y 12 años, y la duración del ingreso ha estado comprendida entre uno y cinco días.

Todos los pacientes presentaron una clínica leve asociada a la infección por SARS-CoV-2, y ninguno precisó traslado a otro centro. Tampoco fue necesario que ninguno de los pacientes recibiera tratamiento en relación con la COVID-19.

El total de ingresos en el Servicio de Pediatría en este periodo ha sido de 262, por lo que los pacientes COVID-19 han supuesto un 3,43% (9/262). En el Hospital de Barbastro durante este mismo periodo ha ingresado un total de 802 pacientes con diagnóstico de COVID-19, por lo que los pacientes pediátricos representan un 1,12% (9/802).

Todos los pacientes permanecieron en la habitación con uno de sus padres en régimen de aislamiento estricto durante lo que duró el ingreso. En todos los casos se hizo estudio de contactos y el familiar que acompañaba al paciente era también positivo. El acompañamiento de estos pacientes no supuso una sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería ni un aumento del riesgo de contagio, sino todo lo contrario. Los familiares colaboraron en los cuidados del paciente, permitiendo minimizar la necesidad de entrada del personal en la habitación.

CONCLUSIONES

Los ingresos de niños con COVID-19 en nuestro hospital, a diferencia de lo que ha ocurrido en la población adulta, no han supuesto una sobrecarga asistencial en el Servicio de Pediatría. Ninguno de los pacientes presentó tampoco complicaciones derivadas de la infección por SARS-CoV-2, por lo que no se precisó tratamiento específico ni traslado a UCI pediátrica.

Pandemia por COVID-19: ¿redujo el «confinamiento» los ingresos por dolor abdominal?

P. Morte Coscolín, A. Sancho Mensat, S. Miralbés Terraza, L. Monge Galindo, A. de Arriba Muñoz, E. Ubalde Sainz

Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 51: 107]

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos de ingreso más frecuentes en pediatría. Su origen es en muchas ocasiones funcional, y por tanto, está influenciado por factores estresantes, como el colegio, los exámenes, etc.

OBJETIVOS

Analizar la posible influencia del confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19, en el que se suspendió la presencialidad en los colegios, sobre los ingresos por dolor abdominal.

PACIENTES Y MÉTODOS

Muestra: pacientes en edad escolar (3-14 años) ingresados por dolor abdominal, no quirúrgico, durante los meses de confinamiento (marzo, abril y mayo de 2020), comparándolos con los niños ingresados en los respectivos meses del año anterior.

RESULTADOS

En 2019 ingresaron un total de 306 pacientes, 19 de ellos por dolor abdominal (6,2%), con una proporción de 78,9% mujeres y 21,1% varones.

La edad media fue de 11,83 años (máxima 14,62 y mínima 7,45).

En el cien por cien de los casos, el síntoma principal fue el dolor abdominal, y en ocasiones acompañado de diarrea, estreñimiento, vómitos, cefalea, fiebre, epigastralgia, pérdida ponderal, rechazo de la ingesta, HTA.

El tiempo medio de evolución fue de 4,42 meses, con valores muy extremos (mínimo unas pocas horas y máximo 6 años). Sin embargo, la mediana fue de 3 días.

Diez de los pacientes padecían dolor abdominal crónico funcional (52%), dos cumplían criterios de inespecífico y otros dos de intestino irritable. Cuatro de ellos precisaron reingreso, y dos, interconsulta en salud mental.

En 2020 se redujeron los ingresos totales a 150, 11 de ellos por dolor abdominal (7,3%), con un 45% de mujeres y un 55% de varones. La edad media fue de 10,16 años (de 5,63 a 14,27).

Todos tenían como síntoma dolor abdominal, en combinación con otros, como diarrea, estreñimiento, vómitos, cefalea, fiebre, rechazo de la ingesta, y hematuria/proteinuria.

El tiempo medio de evolución fue de 15,27 días (muy inferior al de 2019), con mediana de 5, mínimo de pocas horas y máximo de 3 meses. Cinco pacientes padecían dolor abdominal crónico (45%), tres de ellos cumplían criterios de inespecífico, dos precisaron reingreso y ninguno tuvo que acudir a interconsulta en salud mental.

En ambos años, el tratamiento más habitual fue analgésico y la prueba más utilizada la ecografía, realizada en un 89% de niños en 2019 y en un 81% en 2020.

CONCLUSIONES

El confinamiento redujo significativamente el número de ingresos totales, aunque con una proporción similar de dolor abdominal.

Llama la atención el marcado descenso del porcentaje de mujeres ingresadas durante el confinamiento por esta patología. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en este sentido ($p = 0,071$), probablemente por el pequeño tamaño de la muestra.

También en 2020 se redujo el porcentaje de ingresos por dolor abdominal funcional, al tiempo que disminuía la edad media.

Mantenemos nuestra sospecha inicial de que los ingresos por dolor abdominal funcional, más frecuentes en mujeres y de mayor edad, se redujeron durante los meses de confinamiento, periodo de tiempo en el que los niños no acudían al colegio. No obstante, sería interesante realizar un estudio en esta línea con un mayor tamaño muestral.

Encerrados en casa y en nuestra cabeza: una revisión de la patología psiquiátrica en Urgencias

I. Antoñanzas Torres, A. García Atarés, D. Molina Herranz, B. Salinas Salvador, C. Campos Calleja, C. Ruiz de la Cuesta

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 51: 108]

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha modificado nuestro estilo de vida de forma drástica, llegando a declararse el estado de alarma el 14 de marzo del 2020.

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes atendidos con patología psiquiátrica durante la pandemia por COVID-19 en un Servicio de Urgencias Pediátricas.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional de pacientes de entre los 10 y 14 años que acudieron al Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital terciario, demandando atención psiquiátrica, desde el 14 de marzo hasta el 31 de octubre de 2020.

RESULTADOS

La edad media fue de 13 años y el 62,2% eran mujeres. El 64,9% presentaba comorbilidades psiquiátricas; de los

cuales el 58,3% tenía antecedentes ansiosodepresivos y el 16,6% alteración del comportamiento. El 54,1% estaba previamente en seguimiento por salud mental y un 21,6% de ellos recibiendo tratamiento psicofarmacológico. Se detectó problemática social en un 73% de los pacientes. En cuanto a la sintomatología observada: un 51,3% presentaba síntomas ansiosodepresivos, un 29,7% autoagresividad, un 21,6% síntomas neurológicos y un 16,2% síntomas psicóticos. Se encontró desencadenante del episodio en un 64,9%, de los cuales un 45,8% lo atribuía a un problema familiar, un 20,8% a la pandemia por COVID y el resto a otros motivos.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes atendidos presentaba antecedentes psiquiátricos, siendo los síntomas más frecuentes ansiosodepresivos, con autoagresividad frecuentemente asociada. Una proporción elevada de pacientes refería de manera explícita relacionar el episodio con la preocupación por la pandemia.

Exacerbación pulmonar habitual en un paciente afectado por fibrosis quística ¿o algo más?

M. Salvá Arteaga, I. de la Iglesia Nagore, L. López Fernández, M. de Pablo de las Heras, I. Sáenz Moreno, V. Jiménez Escobar

Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 51: 109]

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) constituye mundialmente la principal causa infecciosa de mortalidad. En España, el 6% de las infecciones ocurren en menores de 15 años. El diagnóstico pediátrico se ve dificultado por la clínica, habitualmente inespecífica, y la baja rentabilidad de las pruebas microbiológicas.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 15 años, afecto por fibrosis quística (FQ), que ingresa en la planta de Pediatría tras valoración en consultas externas de neumología pediátrica. Refiere en los últimos tres meses intensa astenia, hiporexia, pérdida ponderal (10 kg), sudoración nocturna, tos productiva, secreciones amarillentas espesas y disnea de mínimos esfuerzos, sin fiebre.

Se produce un empeoramiento de espirometría basal, con patrón restrictivo severo, y aparición de infiltrado alveolar algodonoso bilateral en placa de tórax. Ingresa para completar estudio y tratamiento, bajo sospecha de exacerbación pulmonar (EP) probablemente infecciosa.

Hemograma, perfil nutricional y bioquímica normales salvo PCR de 23,0 mg/L y VSG de 16,0 mm/1h, por lo

que se inicia tratamiento antibiótico y corticoterapia intravenosa.

Mantoux positivo, contacto con tío paterno afecto de TBC hace seis meses. PCR en esputo positiva para ADN de *Mycobacterium tuberculosis* y cultivo para bacterias negativo.

En TC patrón intersticial nodulillar intralobulillar bilateral difuso, de tipo en «brote de árbol verde»; en lóbulo inferior izquierdo aspecto consolidativo con broncograma aéreo. Presencia de bronquiectasias ya conocidas en relación con su fibrosis quística.

Dados los hallazgos analíticos, microbiológicos y de imagen, se diagnostica TBC broncoalveolar, pautándose tratamiento antituberculoso con cuádruple terapia a la espera de antibiograma.

COMENTARIOS

–Debemos tener en cuenta que los signos clínicos y radiológicos de la TB pueden solaparse con las complicaciones habituales de la FQ, como las EP causadas por patógenos habituales.

–Conviene remarcar la gran importancia del ambiente epidémico social y familiar en los casos de TB, incidiendo en la posibilidad de contactos con pacientes afectados por esta micobacteria.

Una reacción poco frecuente tras la vacunación

E. Galindo Lalana, P. Huerta Blas, R. Lanuza Arcos, M. R. Amiguet Biain, M. Artigas Clemente, B. Gállego González, E. Castilla Torre

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 51: 110]

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas posvacunales son eventos poco frecuentes. Sin embargo, se deben conocer los posibles efectos adversos derivados de esta administración para actuar adecuadamente durante el episodio y tomar la decisión correcta sobre futuras administraciones de vacunas.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una lactante de dos meses de vida sin antecedentes personales de interés, que acude a su centro de salud para la administración de la primera dosis de la vacuna hexavalente, vacuna antineumocócica conjugada y la vacuna antirrotavirus oral. Inicia llanto enérgico de 1-2 minutos de duración. Tras la administración presenta hipotonía generalizada y ausencia de reacción a estímulos externos, con palidez facial sin cianosis. Mantiene un nivel de conciencia y respiración adecuado, con recuperación progresiva y espontánea en los siguientes minutos tras estimulación.

A su llegada a urgencias presenta buen estado general, se encuentra activa, con adecuada coloración cutánea y perfusión periférica. Constantes vitales en rango de normalidad. Se realiza un electrocardiograma y una gasometría capilar sin alteraciones. Ingresa en planta de hospitali-

zación para observación siendo monitorizada para control clínico. Durante el ingreso permanece asintomática, sin que se repetan nuevos episodios.

COMENTARIOS

Los episodios de hipotonía e hiporrespuesta posvacunales son eventos muy infrecuentes. Se han descrito tras la administración de diferentes vacunas, estando asociados más frecuentemente a las inmunizaciones que contienen el componente pertussis.

El episodio de hipotonía e hiporrespuesta tras la vacunación consiste en una pérdida súbita del tono muscular, asociado a una disminución de la respuesta a estímulos y palidez o cianosis cutánea. Suele aparecer de forma inmediata o en las primeras 24 horas tras la administración de la vacuna. Su diagnóstico es clínico y entraña dificultad por la brevedad del evento y la similitud clínica con otros eventos potencialmente graves. La recurrencia es baja, por lo que la administración de nuevas vacunas no está contraindicada.

Es importante conocer las características de esta entidad para realizar un diagnóstico adecuado y definir el episodio como un evento adverso benigno y autolimitado, así como evitar incurrir en posibles yatrogenias.

Maltrato infantil; ¿más cerca de lo que creemos?

L. Buzón Serrano, I. Teresa Bolsa Ferrer, D. Molina Herranz, E. Castejón Ponce, R. Pérez Delgado, I. García Jiménez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 51: 111]

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil continúa siendo en la actualidad un grave problema. La prevalencia estimada en España es de hasta un 25%. Se trata, por lo tanto, de una situación más frecuente de lo esperable en un principio, y las consecuencias de no detectarlo pueden ser muy graves. Como pediatras tenemos un papel fundamental en la detección y el manejo de estos pacientes, por lo que tanto en la Atención Primaria como en la hospitalaria debemos estar alerta ante los posibles signos de alarma. Se trata, además, de una situación complicada que muchas veces genera dudas relativas a su gestión. Por ello, hemos considerado oportuno revisar dos casos recientes de hospitalización por este motivo, haciendo especial hincapié en los signos que nos llevaron a sospechar el maltrato.

CASO CLÍNICO

Para abordar este tema, se presentarán dos casos clínicos:

Caso 1. Lactante de 2 meses de edad que fue ingresado en UCI-P por sangrado en área ORL, con anemia y repercusión hemodinámica y respiratoria que precisó transfusión de concentrado de hemáties. Previo a este

ingreso habían consultado en urgencias hospitalarias hasta en tres ocasiones por cuadros consistentes en:

- Irritabilidad y rechazo de las tomas con restos de sangrado bucal.
- Petequias frontales.
- Exantema petequial en cara y cuello junto a hematomas en abdomen y pierna derecha que posteriormente presentó sangrado de mucosa oral y anemia.

Caso 2. Lactante de 2 meses que acude por lesión en la región facial cuya morfología sugería origen digital y múltiples lesiones óseas en el estudio realizado posteriormente por sospecha de maltrato físico.

COMENTARIOS

La detección de maltrato en la infancia es siempre difícil, pero es en los neonatos y lactantes cuando las manifestaciones clínicas son, en muchas ocasiones, inespecíficas, retrasando el diagnóstico con consecuencias fatales. Con estos casos clínicos pretendemos repasar signos de la exploración física que nos deben hacer sospechar este tipo de situaciones (haciendo hincapié en los signos de sofocación), así como lesiones óseas específicas en las radiografías en casos de traumatismo no accidental.

Mi niño está azul

D. C. Pestana Gallardo, N. M. Dadlani Dadlani, A. Escribano García, P. C. Jolin García, C. L. Trujillano Lidón, M. Artigas Clemente

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 51: 112]

INTRODUCCIÓN

La metahemoglobinemia es una enfermedad que consiste en niveles elevados de metahemoglobina, y que puede ser congénita o adquirida. La forma adquirida se produce cuando los hematíes son expuestos a sustancias químicas oxidantes que aumentan la producción de metahemoglobina, sobrepasando los mecanismos reductores de protección que actúan normalmente en el organismo. Presentamos el caso clínico de un lactante de 9 meses con cuadro de cianosis súbita causado por una metahemoglobinemia tóxica.

RESUMEN

Lactante de 9 meses que es traído a urgencias por cuadro de cianosis intensa perioral y ungueal. No asocia dificultad respiratoria y previamente se encontraba sano. Niegan ingesta de fármacos o sustancias tóxicas. A su llegada a urgencias presenta cianosis perioral y acra con palidez cutánea, sin dificultad respiratoria ni afeción del nivel de conciencia. Saturación basal de O₂: 89%; resto de constantes normales. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen normal, pulsos periféricos presentes y simétricos, sin apreciarse déficits neurológicos. Se coloca oxígeno en mascarilla con reservorio y se extrae analítica sanguínea, glucemia capilar y electrocardiograma con resultados dentro de la normalidad. En las exploraciones complementarias realizadas se determina-

ron gasometría venosa (pH: 7,27), PCO₂ (50 mmHg), PO₂ (20 mmHg), HCO₃ (22 mmol/L), exceso de base (- 4,6), metahemoglobina (32,3%) y hemograma y bioquímica normales.

Los padres negaban la ingesta de medicamentos y el contacto con tóxicos, pero refieren haber comido borraja. Con el diagnóstico de metahemoglobinemia probablemente por tóxico (borraja) se contacta con el servicio de Toxicología, que indica el tratamiento. Se administró 1 g de ácido ascórbico diluido en 100 ml de glucosado al 5% en 20 minutos, apreciándose mejoría progresiva de la coloración y de la saturación de oxígeno mediante la pulsioximetría, alcanzando niveles de metahemoglobina de 19% a la hora.

COMENTARIO

La metahemoglobinemia es una causa rara de cianosis, importante en la edad pediátrica. Su presentación con frecuencia requiere ingreso y puede llegar a ser potencialmente más grave. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de un niño con cianosis y exploración física cardiorrespiratoria normal. El tratamiento de elección es azul de metileno 1-2 mg/kg de solución al 1-2% intravenoso en 5 minutos. En casos más leves, donde no haya afeción neurológica o no pueda descartarse déficit de G6P-DH, aunque su acción sea más lenta, debe usarse el ácido ascórbico como primera opción.