



ACTUALIDAD SEPHO
Cursos Pediatría Hospitalaria
Jornadas de Intervención Salud



ARTÍCULOS
Comentados de las principales
revistas científicas



RECURSOS SALUD
Fundación Humans

PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA (SEPHO)



De izquierda a derecha: por Carmen & Beatriz AS, Darío, Rodrigo, Dunia

SEPHO y RGPD

Si eres socio SEPHO y quieres seguir recibiendo el Boletín y resto de comunicaciones de la sociedad, **pulsa aquí**

TE ESTAMOS ESPERANDO

Si quieres conocer las ventajas de ser socio de la SEPHO: **pulsa aquí**

Apreciados amigos... ¡estamos de celebración!

El Boletín SEPHO se convierte en revista, por ello cambiamos de nombre, más adecuado a la finalidad de nuestra divulgación y a nuestro público; en consonancia con ello invitamos a leer con atención nuestro editorial cortesía del presidente de nuestra sociedad.

Como en cada número, traemos nuestra selección de artículos relevantes para la asistencia pediátrica hospitalaria, recursos online y nuestro rincón cultural así como un caso clínico.

Esperamos que sea de vuestro agrado. Podéis consultar los números anteriores en nuestra página web. [\[Enlace\]](#)

Equipo Editorial SEPHO





Editorial

Es tiempo de avanzar

Se vislumbra ante nosotros en los próximos seis meses un panorama estimulante como Sociedad, aunque no exento de riesgos. En un plazo relativamente corto de tiempo se va a abrir con toda probabilidad la oportunidad de que las especialidades pediátricas sean reconocidas finalmente en nuestro país. Este hecho puede ser que ocurra vía diploma de acreditación avanzada (DAA) o vía área de capacitación específica (ACE). Sea por una o por otra vía, será imprescindible que nosotros estemos ahí ya desde un buen inicio. Para ello es necesario que definamos de forma clara nuestro ámbito competencial así como el plan formativo de nuestra especialidad. Hemos de saber transmitir a la sociedad, a las autoridades, a nuestros colegas pediatras y a nosotros mismos que nuestra razón de ser no es un mero capricho y que no somos pediatras sin especialidad que simplemente trabajamos en un hospital sino que somos los pediatras capaces de ofrecer la asistencia más integral posible al niño hospitalizado, muy por encima de otras especialidades de órgano que tienen unas funciones igualmente importantes pero que ponen el foco en otros objetivos. En nuestro trabajo diario somos capaces de asistir a los enfermos crónicos complejos, atender patología aguda muy prevalente o proponer mejoras en temas como la seguridad, que repercuten en el beneficio de cualquier niño hospitalizado. Son áreas propias que requieren una formación que va más allá de la que se recibe en la residencia de pediatría y que por tanto requerirán de un entrenamiento específico. Se trata en definitiva de que los *pediatras hospitalarios* u *hospitalistas* nos reivindicemos como los pediatras que prestan una atención global y

de alta calidad al niño hospitalizado. Unos pediatras “internistas”, si prefiere llamarse así, para que a todo el mundo le sea más fácil visibilizar nuestra tarea del día a día. Como tales las actividades asistenciales que llevamos a cabo varían según el nivel de complejidad en el que trabajemos dado que no es lo mismo trabajar en un hospital primario, donde toca ver de todo, que en uno terciario, en que los *hospitalistas* o “pediatras internistas” están más especializados en la atención al niño complejo o en proporcionar el apoyo necesario, imprescindible en ocasiones, a los especialistas de órgano o a los cirujanos pediátricos.

En la actualidad la SEPHO cuenta ya con más de 130 socios en 42 hospitales, y realizamos un congreso desde el 2015 en el marco del congreso de la Asociación Española de Pediatría, la cual siempre nos ha acogido de forma excelente y en la cual nos sentimos muy cómodos. En octubre de 2018 se ha realizado el Primer curso SEPHO en Madrid que ha contado casi con 100 inscritos, como continuación de los dos cursos de hospitalización pediátrica avalados por la Sociedad que se habían realizado en Barcelona en 2013 y 2016. Nuestra página web recibe numerosas visitas de todo el mundo gracias a nuestras actualizaciones y al boletín SEPHO, que comenzó su andadura en 2016 y cumple ahora dos años con 20 ediciones a sus espaldas, gracias al excelente equipo editorial que se esfuerza en sacarlo adelante mes a mes. Precisamente esta editorial coincide con el cambio de nombre del boletín, que pasará a llamarse a partir de ahora *Pediatría Hospitalaria* y que esperamos siga evolucionando hasta llegar

a convertirse en motor de la sociedad y órgano de expresión de los socios y socias que conformamos la SEPHO.

Querría acabar, en mi nombre y en el del resto de la Junta Directiva, animándoos a continuar en la tarea de afianzarnos en nuestro espacio. Hoy más que nunca no es tiempo de dudas sino tiempo de avanzar. Es importante que todos y cada uno de nosotros seamos embajadores de nuestra causa. Que informemos a otros colegas de nuestra existencia. Que nos pongamos a disposición de nuestros compañeros de otras especialidades para ayudarles en la asistencia de aquello que les suponga un problema, porque les queda lejos o es demasiado complejo. Que intentemos plantar la semilla en nuestros residentes que la Pediatría hospitalaria es una de las disciplinas con mayor potencial de crecimiento entre las especialidades

pediátricas e invitarles a que se dediquen a ella. Si logramos esto veremos cómo nuestra especialidad avanza como lo ha hecho en otros países. Es tiempo de colaborar con la SEPHO porque queda mucho trabajo por hacer y sólo entre todos lo podremos llevar a buen puerto. Por eso os invito a participar en nuestro congreso, en el curso, en la revista, en los grupos de trabajo. Porque en definitiva estamos firmemente convencidos que nuestra existencia y nuestro reconocimiento es lo mejor que les puede acontecer a los niños que requieren o requerirán en el futuro hospitalización en nuestro país.

Dr. Juan José García García

*Jefe de Servicio Pediatría
Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)
Presidente SEPHO*





ACTUALIDAD SEPHO

Eventos próximos y últimas noticias relevantes



Estrenamos volumen, nombre... ¡revista!

Apreciados amigos:

Nos alegra compartir con vosotros la alegría de un nuevo paso hacia la consolidación de nuestro boletín como **revista**. El órgano de expresión editorial de la Sociedad Española de Pediatría (SEPHO), el boletín, pasará a llamarse **Pediatría Hospitalaria** para consolidar su paso a revista científica.

Este cambio por supuesto introduce otros, como es la periodicidad de la misma, la revista pasará a ser de mensual a **bimestral**.

Este avance nunca habría sido posible sin la colaboración de cada miembro de este equipo, el apoyo de la junta de la sociedad y por supuesto de cada uno de los socios que cada publicación nos leéis. Gracias.

*Recibid un cordial saludo
Equipo editorial SEPHO*



Grupos de Trabajo SEPHO

*¿Qué requisitos ha de tener un especialista en pediatría hospitalaria?
Me preocupa la seguridad de mis pacientes, ¿cómo puedo mejorarla? ¿cuál es mi
responsabilidad?*

Si te haces alguna de estas preguntas, tienes que saber que existen dos grupos de trabajo SEPHO que desarrollan iniciativas sobre estos temas. Están abiertos a todos los interesados.

- Seguridad del Paciente: gruposseguridad@sepho.es
- Plan Formativo en Pediatría Hospitalaria: grupoformacion@sepho.es



Nuevos protocolos SEPHO

Ya están disponibles otros dos protocolos SEPHO sobre temas relevantes en nuestra práctica asistencial:

- [Analgesia y sedación para Pediatras Hospitalistas Procedimientos de sedo-analgesia](#)
- [Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio](#)

Podéis consultar todos los protocolos disponibles en: <http://sepho.es/protocolos-sepho/>

*Un cordial saludo
Comité Científico SEPHO*



ARTÍCULOS COMENTADOS

Actualidad de la pediatría hospitalaria en las principales revistas científicas

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

La Academia Americana de Pediatría recomienda fluidoterapia de mantenimiento con isotónico

Feld LG, Neuspiel DR, Foster BA, Leu MG, Garber MD, Austin K, et al; subcommittee on fluid and electrolyte therapy. Clinical Practice Guideline: Maintenance Intravenous Fluids in Children. Pediatrics. 2018. [\[Enlace\]](#)

Hace 68 años esta misma revista publicaba [un artículo firmado](#) por Malcolm A. Holliday y William E. Segar que influyó notablemente en la práctica clínica, y en parte en la composición de la fluidoterapia de niños hospitalizados. En este número, la AAP establece unas nuevas recomendaciones en la composición de las soluciones, dado el alto riesgo de hiponatremia en niños enfermos, que con mucha frecuencia tienen limitada su capacidad de excretar agua libre. Aunque su aplicación debe ser individualizada en algunas situaciones clínicas particulares, establece la recomendación (*Calidad de evidencia: A; grado de recomendación: fuerte*) del uso de soluciones isotónicas en la fluidoterapia de mantenimiento en niños entre los 28 días y los 18 años de edad.



Calidad del traspaso de información clínica en pacientes pediátricos hospitalizados, resultados de un estudio nacional

González García L, Márquez de Prado Yagüe M, Gargallo Burriel E, Ferrer Orona M, García García JJ, Alcalá Minagorre PJ. Calidad en el traspaso de información clínica entre profesionales en pediatría en el ámbito hospitalario. J Healthc Qual Res. 2018 [\[Enlace\]](#)

Los errores en el manejo de información clínica son la principal causa de eventos adversos, en muchas ocasiones graves, en el entorno sanitario. Este trabajo, coordinado por la SEPHO, revela numerosos elementos de mejora en la transferencia de pacientes, como la ausencia de normalización del traspaso de cuidados con herramientas y la falta de formación específica en un acto tan relevante.

Es una buena ocasión para recordar el [Decálogo SEPHO de mejora de seguridad durante la transmisión de información clínica](#).

Pediatric Clinics

¿Esas lesiones son malos tratos?

Pomeranz ES. Child abuse and conditions that mimic it. Pediatr Clin North Am. 2018; 65(6): 1135-50 [\[Enlace\]](#)

Este artículo describe las lesiones más frecuentes encontradas en los malos tratos en la infancia y aporta algunas claves para hacer el diagnóstico diferencial de otras lesiones o patología accidental o sobrevenida.



Corticoides ante enfermedad de Kawasaki con riesgo de resistencia a inmunoglobulinas: eficacia y seguridad

Miyata K, Kaneko T, Morikawa Y, Sakakibara H, Matsushima T, Misawa M. Efficacy and safety of intravenous immunoglobulin plus prednisolone therapy in patients with Kawasaki disease (Post RAISE): a multicentre, prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2: 855-62 [Enlace]

Un porcentaje de pacientes con enfermedad de Kawasaki no responden inicialmente al tratamiento clásico con inmunoglobulinas y aspirina, con mayor riesgo de aneurismas coronarios pese a los tratamientos de rescate. Se han identificado una serie de factores que indican una alta probabilidad de que los pacientes sean malos respondedores ([GPC Japonesa, 2014, tabla 3](#)). Este estudio de cohortes prospectivo, que incluye a 724 pacientes identificados como alto riesgo de no respuesta, evalúa la eficacia y seguridad de una pauta de tratamiento (con inmunoglobulina, aspirina y un curso de prednisolona de 2 mg/kg día durante 15 días después de que las concentraciones de PCR se hubieran normalizado [estudio RAISE](#)). La conclusión de los autores es que dada la eficacia observada en la disminución de aneurismas y el bajo número de efectos adversos observados (aunque alguno de ellos grave), se recomienda incluir los corticoides en aquellos pacientes con enfermedad de Kawasaki que cumplan los criterios de ausencia de respuesta a inmunoglobulina.



Riesgo de infecciones graves en pacientes con artritis idiopática juvenil tratados con agentes biológicos: Revisión sistemática y metanálisis

Florence A. Aeschlimann, Shu-Ling Chong, Todd W. Lyons, Beate C. Beinvogl, Lina María Góez-Mogollón, Sally Tan, Ronald M. Laxer. *J Pediatr* 2018;204:162-171. ([enlace](#))

Revisión sistemática de la bibliografía en Medline, Embase, Cochrane y el registro de ensayos clínicos hasta julio de 2017, para evaluar si el tratamiento con agentes modificadores de la respuesta biológica durante el periodo del estudio aumenta el riesgo de infecciones graves en niños con artritis idiopática juvenil (AIJ). Encontraron que el riesgo de padecer una infección grave en estos pacientes es bajo y no hubo diferencias con los casos control. Tampoco se objetivaron diferencias significativas al comparar los diferentes fármacos biológicos. Sin embargo, refieren que tienen la limitación de ser un estudio de baja potencia (periodos de tiempo pequeños y número de pacientes escasos), por lo que concluyen que hay que ser prudente y realizar más estudios en este tema.

¿Los pediatras pueden interpretar electrocardiogramas correctamente?

Sahil Khanna, V. Ramesh Iyer, Victoria L. Vetter. *J Pediatr*. Publicado Online Diciembre 2018. [[Enlace](#)]

Artículo en el que querían valorar si la interpretación del EEG por parte de los pediatras es mejorable, para lo que realizaron un plan de adiestramiento en su hospital que consistía en un módulo de una hora de duración en el que se instruía en diferenciar el EEG normal del anormal y encontrar alteraciones específicas como bloqueos de rama,

Síndrome de WPW, hipertrofia ventricular izquierda, QTc prolongado, extrasístoles. A partir de ese momento encontraron una mejoría en la interpretación del EEG de un 33% a un 77%, para diferenciar si el EEG era normal o anormal y la diferenciación de alteraciones específicas. Concluyendo que en su hospital la interpretación del EEG era mejorable y el plan de adiestramiento tuvo un efecto beneficioso.

JAMA Pediatrics

Asociación entre alergia IgE-mediada y riesgo de apendicitis complicada en población infantil

Martin Salö, Johanna Gudjonsdottir, Erik Omling, Lars Hagander and Pernilla Stenström. JAMA Pediatrics. 2018;172: 943-948. [\[Enlace\]](#)

Estudio retrospectivo sobre 605 pacientes menores de 15 años que fueron intervenidos por apendicitis aguda en un periodo de 10 años en un hospital terciario de Suecia. El objetivo era investigar si los pacientes con alergia IgE-mediada tenían menor riesgo de apendicitis complicada. El 19,6% de los pacientes con alergia tuvieron una apendicitis complicada frente al 46.9% de los que no tenían alergia. Además, la estancia hospitalaria fue de 2 días mayor en los que no tenían alergia. Por tanto, comprobaron la hipótesis inicial (menor riesgo de apendicitis complicada en pacientes alérgicos), sugiriendo que el estado inmune de estos pacientes modificaría el patrón clínico de la apendicitis.

Asociación entre la normalidad de las arterias coronarias al inicio de la enfermedad y la normalidad durante el seguimiento ecocardiográfico en pacientes con enfermedad de Kawasaki

Sarah D. de Ferranti, Kimberlee Gauvreau, Kevin G. Friedman,

Alexander tarig, Annette L. Baker, David R. Fulton, Adriana H. Tremoulet, Jane C. Burns. Jane W. Newburger. JAMA Pediatr Publicado Online diciembre 2018. [\[Enlace\]](#)

La Asociación Americana de Pediatría recomienda controles ecocardiográficos a los pacientes con enfermedad de Kawasaki, al diagnóstico, a las 1-2 semanas y a las 4-6 semanas después del tratamiento. En este artículo querían valorar la utilidad de la ecografía a las 6 semanas del diagnóstico, en pacientes con Kawasaki no complicado y sin anomalías coronarias en las ecografías previas. Realizaron un estudio retrospectivo en el que concluyen que los pacientes con ecografías previas normales, la realización de una ecografía a las 6 semanas puede no ser necesaria porque el riesgo de encontrar anomalías es mínimo.

Current Opinion in Pediatrics

Vigilancia de la salud de los niños que sobreviven al cáncer

Song A, Fish JD. Caring for survivors of childhood cancer: it takes a village. Curr Opin Pediatr. 2018; 30(6): 864-87 [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión en el que se pone el foco en los problemas específicos de la salud de los supervivientes del cáncer infantil y los modelos de asistencia sanitaria adecuados a sus necesidades. Los avances terapéuticos han permitido una supervivencia global de los pacientes oncológicos pediátricos mayor al 80%, lo que supone que esté aumentando la población en riesgo de padecer patología tardía relacionada con el tratamiento del cáncer. Muchos de estos problemas derivan en discapacidad y/o patología crónica, y pueden variar dependiendo del tipo de cáncer y del tratamiento aplicado. Los pediatras y el resto de los profesionales sanitarios debemos conocer cuáles son estos problemas, y actuar en base a guías y protocolos preestablecidos para permitir una detección y tratamiento precoces y un seguimiento adecuado.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Lactobacillus rhamnosus GG versus Placebo en gastroenteritis aguda infantil

Schnadower D, Tarr PI, Casper TC, Gorelick MH, Dean JM et al. Lactobacillus rhamnosus GG versus Placebo for Acute Gastroenteritis in Children. N Engl J Med. 2018 Nov 22;379(21):2002-2014. [\[Enlace\]](#)

Los datos para apoyar el uso de probióticos en esta población son limitados. Los autores llevan cabo un ensayo prospectivo, aleatorizado, doble ciego con niños de 3 meses a 4 años de edad con gastroenteritis de 10 departamentos de emergencias pediátricas de EE.UU. Los participantes recibieron un tratamiento de 5 días de Lactobacillus rhamnosus GG en una dosis de 1×10^{10} unidades formadoras de colonias dos veces al día o un placebo correspondiente. Los resultados incluyeron la duración y la frecuencia de la diarrea y los vómitos, la duración del ausentismo en la guardería y la tasa de transmisión en el hogar -definida como el desarrollo de síntomas de gastroenteritis en contactos domésticos previamente asintomáticos-. No hubo diferencias significativas entre el grupo de L. rhamnosus GG y el grupo de placebo en la duración de la diarrea (mediana, 49,7 horas en el grupo de L. rhamnosus GG y 50,9 horas en el grupo de placebo; $P = 0,26$), duración de los vómitos (mediana, 0 horas en ambos grupos; $P = 0,17$), o ausentismo en la guardería (mediana, 2 días en ambos grupos; $P = 0,67$) o en la tasa de transmisión doméstica (10,6% y 14,1% en los dos grupos, respectivamente ; $P = 0,16$). Los autores concluyen que entre los niños en edad preescolar con gastroenteritis aguda, los que recibieron un curso de 5 días de L. rhamnosus GG no tuvieron mejores resultados que los que recibieron placebo.

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

El tratamiento con corticoide sistémico puede ser beneficioso para el tratamiento de niños con celulitis orbitaria grave o refractaria

Anna Brameli, Liat Ashkenazi-Hoffnung, Dror Giloni, Ronit Friling, Gabriel Chodick, Daniel Landau and Oded Scheuerman. Acta Paediatrica. 2018, 107: 2028-2029. [\[Enlace\]](#)

Estudio retrospectivo en el que engloban 35 pacientes ingresados entre los años 2006 y 2017 con celulitis orbitaria grave o que no respondieron inicialmente al tratamiento antibiótico. Hicieron 3 grupos: 21 pacientes únicamente fueron tratados con antibioterapia y los otros 14 asociando corticoide sistémico. Comprobaron que los pacientes tratados con corticoide sistémico, este no enmascaraba la clínica (como ya está publicado en la literatura), tuvieron una menor estancia hospitalaria y un mejor curso clínico. Concluyendo que el asociar corticoide sistémico al tratamiento antibiótico puede ser beneficioso para el tratamiento de la celulitis orbitarias.

Utilidad clínica de la calprotectina fecal en la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica

Anthony K. Akobeng. Acta Paediatrica. 2018, 107: 2019-2023. [\(enlace\)](#)

Estudio en el que revisan las publicaciones que investigan la seguridad diagnóstica de la calprotectina fecal para el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en pediatría. La calprotectina es una prueba de laboratorio inespecífica y su positividad no implica necesariamente el tener una EII. Sin embargo, su negatividad hace muy poco probable el padecerla. Cuando la calprotectina fecal estaba elevada la posibilidad de tener una EII, dependía de tener una clínica compatible (la posibilidad pre test). Por eso concluyen que no debe ser utilizada de forma indiscriminada y solo de forma dirigida en aquellos con alta posibilidad de tener una EII por la clínica.

Un estudio prospectivo confirma que la bronquiolitis en la infancia temprana aumenta el riesgo de reducción de la función pulmonar entre los 10 y 13 años de edad

Riikka Riikonen, Eero Lauhkonen, Sari Tormanen, Katri Backman, Petri Koponen, Merja Helminen, Kirsu Nuolivirta, Matti Korppi. *Acta Paediatrica* 2019 108, pp. 124–130. [\[Enlace\]](#)

Artículo en el que evalúan la función pulmonar en pacientes entre 10 y 13 años de edad, que estuvieron ingresados por bronquiolitis con una edad menor de 6 meses. Estos pacientes fueron seguidos de forma prospectiva y evaluada su función pulmonar (10-13 años), comparada con controles sanos. Encontraron que la función pulmonar después de un test broncodilatador (FEV1/FVC) fue significativamente menor en los pacientes que tuvieron bronquiolitis, y hasta en un 25% de ellos la FEV1 era patológica, estando por debajo del percentil 5. Concluyen que sus hallazgos confirman una obstrucción bronquial irreversible en la adolescencia temprana, después de haber tenido una bronquiolitis en los primeros 6 meses de vida



La hipertensión arterial en niños y adolescentes a examen: implicaciones clínicas de las diferencias entre la Guía Europea y la Americana

Lurbe I Ferrer E. *An Pediatr (Barc)*. 2018 Oct;89(4):255.e1-255.e5 [\[Enlace\]](#)

Los avances conseguidos en el campo de la hipertensión arterial (HTA) en niños y adolescentes han puesto de manifiesto la necesidad de disponer de documentos que recogiesen la información acerca del origen, valoración, consecuencias, pronóstico y tratamiento de la HTA en este grupo de edad.

Los conocimientos adquiridos sobre la presión arterial (PA) en niños y adolescentes se han incrementado de forma notable durante las 2 últimas décadas. El trabajo de revisión analiza la situación actual de diagnóstico y manejo de la HTA desde la comparación de las guías europea y americana. Además, en los 2 últimos años se han publicado nuevas guías de hipertensión arterial en niños y adolescentes. La primera de ellas, desarrollada por el Grupo de Trabajo de hipertensión arterial en niños y adolescentes de la Sociedad Europea de Hipertensión, recogía la necesidad de una actualización de la Guía Europea de 2009 para incorporar la información adquirida durante los últimos años. Con posterioridad, se ha publicado la actualización de la Guía Americana, cuyo antecedente más reciente se encuentra en 2004. En ambas guías se encuentran aspectos en los que existe acuerdo y otros en los que hay marcadas diferencias en elementos fundamentales que influyen en la práctica clínica diaria. Las principales diferencias se centran en los criterios para el diagnóstico y clasificación de la hipertensión arterial, con el consiguiente impacto en su prevalencia. Ambas guías reconocen y lamentan la falta de evidencia sólida, basada en ensayos para las recomendaciones sobre el diagnóstico y el manejo de la hipertensión arterial pediátrica. Estudios futuros deben ofrecer respuestas a todos los interrogantes que a día de hoy permanecen por resolver.

PEDIATRIC NEUROLOGY

Circuitos asistenciales de neuroimagen para el Código ictus en pediatría

Mirsky DM, Beslow LA, Amlie-Lefond C, Krishnan P, Laughlin S, Lee S, et Al. International Paediatric Stroke Study. Neuroimaging Consortium and the Paediatric Stroke Neuroimaging Consortium. Pathways for Neuroimaging of Childhood Stroke. *Pediatr Neurol*. 2017 Apr;69:11-23. [\[Enlace\]](#)

El código ictus pediátrico engloba en realidad muchas áreas sanitarias por lo que su manejo implica a todos los pediatras hospitalarios en la cadena de asistencia desde el hospital primario al terciario. El propósito de

este artículo es ayudar a los profesionales a establecer las imágenes de neuroimagen adecuadas para los niños que presentan síntomas que podrían ser causados por un accidente cerebrovascular. Los miembros del Grupo de trabajo organizados por el Laboratorio de Imágenes de Accidentes Cerebrovasculares para Niños del Hospital para Niños Enfermos en Toronto, Ontario, Canadá, a través de la colaboración, la revisión de la literatura y la discusión entre neurólogos infantiles con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de accidentes cerebrovasculares infantiles y neurorradiólogos pediátricos y neurorradiólogos con experiencia en enfermedad neurovascular pediátrica, presentan protocolos de imágenes sugeridos

para niños con sospecha de síndromes de ictus, entre ellos, ictus isquémico arterial, trombosis sinovenosa cerebral e ictus hemorrágico. Este artículo presenta información sobre la epidemiología y clasificación de los accidentes cerebrovasculares infantiles. El papel de las imágenes para el diagnóstico del accidente cerebrovascular infantil se examina en profundidad, con secciones separadas para el accidente cerebrovascular isquémico arterial, la trombosis sinovenosa cerebral y el accidente cerebrovascular hemorrágico. Se discuten los protocolos abreviados de neuroimagen para un diagnóstico rápido.

RECURSOS

No estamos sol@s, estamos enredad@s



Fundación cuyo objetivo principal es facilitar los procesos de Humanización en las organizaciones sanitarias, en las actitudes profesionales y en los procesos organizativos de los centros asistenciales.

Asimismo, desde la fundación se pone un énfasis especial en la incorporación de pacientes y ciudadanos en general en la toma de decisiones sobre la salud.

Los informes sobre [análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España](#) y [participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias](#) son dos interesantes documentos disponibles en la web que nos pueden hacer reflexionar sobre estos aspectos cada vez más necesarios en nuestra profesión.





EL RESIDENTE DE PEDIATRÍA EN LA PLANTA

El espacio de casos clínicos del boletín en el que el protagonista es el médico interno residente

Adolescente con vómitos recurrentes...

Gul Sehrish, Joaquí Nathalia, Gorina Nuria, Ribes Cajas Paula
Hospital Universitario General de Catalunya (Sant Cugat del Valles)

Motivo de consulta: vómitos incoercibles en paciente varón de 12 años de edad.

Antecedentes: destacan dos ingresos en los últimos 18 meses por vómitos acompañados de deshidratación hiponatémica e hipoglucemia cetósica que evolucionaron favorablemente con rápida recuperación tras rehidratación endovenosa. Desarrollo precoz y acelerado de caracteres sexuales secundarios en los últimos meses. Vacunación al día, no alergias a medicamentos ni alimentos conocidas.

Enfermedad actual: cuadro de vómitos incoercibles de 6 horas de evolución, sin otra clínica acompañante.

Exploración física: se objetiva decaimiento, astenia y pérdida de peso de 2 Kg, llama la atención la hiperpigmentación cutánea de predominio en cara, mucosa oral y tronco. Resto de la exploración sin hallazgos significativos.

Exploraciones complementarias y evolución: en la analítica de sangre destaca hiponatremia (Na: 129 mmol/l) que se corrige con infusión de bolos de suero salino 3%. Episodios de hipoglucemia asintomática que precisan aportes de suero glucosado 10%. La evolución fue favorable tras el tratamiento adecuado.

¿Cuál sería el razonamiento clínico y la actitud a seguir?

- La deshidratación hiponatémica moderada requiere corrección electrolítica y seguimiento ambulatorio en consultas externas de nefrología
- Ante cuadro de ingresos repetidos por vómitos es preciso descartar causas endocrino-metabólicas
- Un paciente con vómitos que mejore rápidamente con rehidratación no precisa estudio
- El abordaje de vómitos incoercibles se apoya en la imagen para descartar abdomen quirúrgico

Respuesta a continuación

En nuestro paciente se realizó estudio analítico hormonal, en el que destaca ACTH basal 2000pg/ml, cortisol 2.87ug/dl y anticuerpos anti 21-hidroxilasa de 1645,1U/ml con ecografía abdominal normal diagnosticándose de Enfermedad de Addison.

Ante un paciente con cuadro de vómitos repetidos especialmente acompañados de alteraciones electrolíticas el diagnóstico diferencial es amplio y su estudio debe ser minucioso descartando causas endocrino-metabólicas.

La enfermedad de Addison o insuficiencia suprarrenal primaria es poco frecuente en la

edad pediátrica y de diagnóstico a veces difícil por la inespecificidad y la presentación insidiosa de los síntomas, siendo la crisis suprarrenal una emergencia vital.(1)

Los síntomas iniciales pueden ser astenia, pérdida de peso, vómitos o dolor abdominal, siendo estos comunes a muchas enfermedades. La presencia de avidez por la sal, deshidratación con hiponatremia e hiperpotasemia y, sobre todo, la hiperpigmentación cutánea nos debe hacer sospechar la enfermedad. (2)

La medición de niveles de glucosa, iones y dosificaciones hormonales de cortisol y ACTH, junto con estudios de imagen, confirmarán el

diagnóstico. La terapia sustitutiva corticoide debe iniciarse con premura, para evitar la evolución tórpida y un desenlace fatal de la

enfermedad siendo necesario su seguimiento a largo plazo por la asociación con otras endocrinopatías. (3)

El resto de opciones no son compatibles con el cuadro clínico descrito.

Referencias:

1. C. Betterle, L. Morlin Autoimmune Addison's disease Endocr Dev, 20 (2011), pp. 161-172
2. W. Arlt, B. Allolio Adrenal insufficiency Lancet, 361 (2003), pp. 1881-1893
3. P.J. Simm, C.M. McDonnell, M.R. Zacharin Primary adrenal insufficiency in childhood and adolescence: advances in diagnosis and management J Paediatr Child Health, 40 (2004), pp. 596-599



Cómo participar en nuestra sección:

Si eres MIR de pediatría y quieres formar parte del próximo número compartiendo un caso clínico, envía un correo a la dirección editorialsepho@gmail.com y te ayudaremos a hacerlo.

¡No olvides que este espacio existe por y para ti! ¡Muchas gracias por tu colaboración!



LA CITA

“Yo nunca he encontrado a un hombre enteramente sano”

Thomas Mann (1875-1955), escritor alemán, en “La Montaña Mágica”



Portada original del libro
“La Montaña Mágica”



Amanecer desde Altea, con el peñón de Ifach al fondo



Atardecer sobre la sierra de las Nieves, en Málaga

EN NUESTRAS PÁGINAS NO TODO ES CIENCIA



“Génesis” (2013)
Sebastiao Salgado
 ISBN: 9783836542609



[Sebastiao Salgado](#) (Aimorés, Minas Gerais- Brasil 1944) es más que un legendario fotógrafo, es un cronista de la Humanidad; su trabajo muestra un compromiso con la realidad social, la dignidad del hombre y los equilibrios con nuestro planeta.

Trabajó en Sygma, Gamma y Magnum Photos.

Precedido de su impresionante libro Trabajadores (1993), Terra (1997) Éxodos (2000), [Génesis](#) es “un estudio de cómo la humanidad y la naturaleza han coexistido durante mucho tiempo (...), esta obra es la documentación de mi viaje, una oda visual a la majestuosidad y fragilidad de la Tierra”.



Otra oportunidad para acercarnos a esa figura es el documental dirigido por Win Wenders titulado “**La Sal de la Tierra**”(2014). El film es un recorrido por su vida y obra, y su experiencia ante las luces y terribles sombras que ha retratado, las heridas que le dejaron en el alma y la luz y esperanza final. Aquí el [Trailer](#).

Y hasta aquí el nuevo número de la revista de nuestra sociedad, esperamos como siempre que os haya resultado de utilidad. Y hasta la próxima se despide, el **equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:**

Pedro J Alcalá Minagorre. *Hospital General Universitario (Alicante)*
 David López Martín. *Hospital Costa del Sol (Marbella)*
 José David Martínez Pajares. *Hospital de Antequera (Málaga)*
 José Miguel Ramos Fernández. *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*
 Miguel Ángel Vázquez Ronco. *Hospital de Cruces (Bilbao)*

Editado en Madrid, por la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO)
 ISSN 2603-6339

Más información en www.sepho.es